

Überblick über die existenzanalytische Psychotherapie bei depressiven Störungen

Alfried Längle

Die existenzanalytische Arbeit mit depressiven Menschen geht vom phänomenologischen Verständnis des Verlustes eines emotional angebundenen Werterlebens aus. Über mehrere Schritte führt sie zum tiefsten Punkt der Depressions-Behandlung, der in der gestörten Grundbeziehung zum Leben gesehen wird. Diese soll in der Behandlung durch die Induktion des Grundwertes (vor allem durch das Trauern und die therapeutische Beziehung) und der Ausbildung einer neuen Haltung zu ihm einen neuen Boden bekommen. Dieser Fokus der existenzanalytischen Therapie der Depression bedarf jedoch einer Reihe vorbereitender und begleitender Aktivitäten, um die im depressiven Leiden verhärteten Strukturen aufzuweichen und die Person für den Veränderungsprozeß zu öffnen.

Schlüsselwörter: Depression, Therapie, Grundwert, Personale Positionsfindung

The existential analytical treatment of depression starts from its phenomenological understanding which lies in the loss of emotionally based experiences of values. The procedure needs several steps to eventually come to the deepest point of the treatment which is seen in the disturbed relationship to life itself. By the induction of the fundamental value (mainly through grieving and the therapeutic relationship) and finding of a new attitude towards it, the relationship to life can gain a new basis. This existential focus however needs a series of preparative and accompanying activities to weaken the depressive structures fixated by the suffering and to open the person for the change process.

Key words: depression, therapy, fundamental value, personal positioning

1. Einleitend zum existentiellen Verständnis der Depression

Aus der Sicht der Existenzanalyse ist Depression eine psychische Störung, deren Belastung aus der Störung des Werterlebens stammt. Die Depression als Störung der Psyche hat eine mehr oder weniger große (primäre oder sekundäre) somatische Beteiligung. Sie führt aber darüber hinaus auch zu einer Beeinträchtigung der personalen Dimension, somit von Einstellungen und Haltungen zur Umwelt und Innenwelt, von Entscheidungen und des geistigen Erlebens von Welt und von sich selbst. Die Depression betrifft somit alle Dimensionen des Menschen, den Körper, die Psyche und das Personsein.

Das Spezifische an der depressiven Störung ist nun, daß der Realitätsbezug zur Welt und zu sich selbst (vor allem zum Körper) praktisch ungestört bleibt. Die zentrale Störung betrifft hingegen das Erfassen des Wertes in den personalen Bezügen. Dinge, über die man sich normalerweise freuen kann oder die als angenehm erlebt werden, Interesse erzeugen usw. verblassen in ihrer Farbe. Dieses Phänomen ist in der Psychiatrie bekannt als „negative Affizierbarkeit“. Ihre *existentielle Relevanz* ist der Verlust des Werterlebens, eine Verarmung hinsichtlich der

„geistigen Nahrung“, die die Werte für die Person darstellen, weil sie die Inhalte sind, die unser Leben erfüllen und unsere Beziehungen anziehend machen und erhalten. Werte haben eine belebende, stärkende und nährenden Wirkung auf die Person und auf die Psyche des Menschen (Längle 2003a). Über die Werte besteht eine Beziehung zu einer tieferen Struktur der Existenz, zum Leben selbst. In der Tiefe ist die Depression eine gescheiterte Auseinandersetzung mit dem Wert des Lebens selbst. In der Depression ist der „Grundwert“, die Beziehung und Fühlung des Wertes des Lebens selbst, gestört.

2. Therapie

Die existenzanalytische Therapie der Depression soll auf *allen* ursächlichen Ebenen ansetzen (vgl. aus der Sicht der Existenzanalyse Frankl 1982a, b; Längle 1991), wie das ja heute von praktisch allen psychotherapeutischen Richtungen getan wird: auf der Beziehungsebene, auf der kognitiven, emotionalen, somatischen, biographischen und sozialen Ebene. Uns interessiert hier aber besonders der existentielle Schwerpunkt.

1. In der Existenzanalyse wird der **therapeutischen Beziehung** bei der Behandlung der Depression besondere Aufmerksamkeit

samkeit zugeteilt. Die Beziehung soll durch warme, verstehende Zuwendung geprägt sein. Die aktive Zuwendung zum Patienten¹ und seiner Not, die empathische Einfühlung ist deshalb so wichtig, weil der Therapeut eine neue Berührungsfläche mit dem Leben darstellt, woran sich der Depressive erwärmen kann und seine normativen, erstarrten Strukturen aufgeweicht werden. So kann am Therapeuten eine „Beziehungsaufnahme zum Leben“ erfahren werden. Der Therapeut wird gleichsam symbolischer Repräsentant des Lebens, kommt aber durch seine *aktive* Zuwendung dem Patienten in der Situation mehr entgegen als es das reale Leben in der Situation des depressiven Rückzugs vermag.

2. Zuwendung zur Gegenwart und Fraktionierung der Aufgaben. Der depressive Patient lebt mehr in der Vergangenheit. Er hat wenig aktuelle Nähe-Beziehung zum Leben, sondern vorwiegend distante. Was Leben ist, kann er bei anderen beobachten, nicht bei sich selbst. Aus dieser Distanz zum Leben ist die konkrete Lebensgestaltung im Alltag gestört: Tagesstruktur, Ruhephasen, Schlafverhalten verdienen besondere Beachtung, wie auch das Schaffen von Entlastungen (Krankenstand). Besonders aber ist bei dem, was der Patient tut, auf die *Zuwendung* zu dem, was er tut, zu achten (vgl. auch die vergleichbaren Effekte beim Burnout – z.B. Längle 1997; Nindl 2001). Auch ein Besinnen auf erhalten gebliebene Fähigkeiten und kleine Aufgaben ermöglicht das Einfädeln des Lebensbezugs.

3. Arbeit an kognitiven Strukturen und Fehlattritionen. Dieser Schritt ist nicht spezifisch für die Existenzanalyse. Es geht dabei um das Aufdecken und bewußt machen von Denkzirkeln, Erschöpfungszirkeln, Generalisierungen vom Typus „immer“, „nie“, „alle“ usw.

4. Mobilisierung personaler Ressourcen und Einüben von Stellungnahmen. Hier kommen spezifische existenzanalytische Elemente zum Einsatz, insbesondere die zentrale personale Fähigkeit der Stellungnahme.

a) **Selbst-Distanzierung** (Frankl 1982a, b)

- gegenüber *Gefühlen*
(Muster: „Die Gefühle sind jetzt eingefroren, aber ich laß mir von ihnen nicht diktieren, was ich tun soll.“)
- gegenüber *Erwartungen*
(daß sich bei dem, was man tut, Gefühle der Freude usw. einstellen müssen)

Wir versuchen mit den Patienten einen personalen Umgang mit der Freudlosigkeit und den negativen Gefühlen zu erarbeiten. Dies ist wichtig, da Freude normalerweise eine Orientierungshilfe ist, die uns aufzeigt, wo wir uns nahe am Leben befinden. Der Depressive, der sich bei Tätigkeiten nicht mehr freuen kann, wird dies zudem als eigenes Versagen empfinden. In der Folge kann der Depressive in eine *Eskalation des Negativen* geraten: er wird auch noch traurig darüber, daß er sich nicht mehr freuen kann und unfähig ist, sich Freude zu verschaffen. In der Therapie ist daher diese Negativspirale zu

bedenken. Es ist entlastend für den Patienten, wenn er darauf aufmerksam gemacht wird, daß in dieser Zeit des „schwarz-weiß Films“ der Depression keine Erwartungen am Platz sind, vor allem nicht, daß sich Freude einstellt. Er soll sich vielmehr auf das kognitive Wissen (1. Grundmotivation) und auf das Gespür für das Richtige (3. Grundmotivation) konzentrieren (nicht auf das Fühlen des Defizitären, also auf die 2. Grundmotivation), um so den Schaden einzudämmen. Dadurch entlastet er sich von den Erwartungen an positive Emotionen (vom sich freuen müssen). Das Durchbrechen des Teufelskreises „Depression über die Depression“ kann als ein wichtiges Wirkelement in der Depressionstherapie (Einstellungsarbeit!) angesehen werden.

b) **Selbst-Annahme:** sich zu dem stellen, was man tut, oder es lassen.

Dabei wird die Haltung vertreten, daß dem Handeln selber auch eine Wertigkeit zukommt, die vielleicht bedeutsamer ist, als man sich bewußt eingesteht. Denn Depressive neigen dazu, alles Eigene abzuwerten bzw. normativ zu betrachten (im Sinne von: „man muß doch“) und verlieren daher die Offenheit für den Wert, den eine Handlung hat. Wenn jemand z.B. gerne malt und dies als sein größtes Interesse ausgibt, aber es kaum ausführt, sondern immer vor dem Fernseher sitzt, so ist ganz pragmatisch davon auszugehen, daß ihm Fernsehschauen doch mehr bedeutet als Malen – aber er will das vielleicht nicht sehen. Diese falschen Vorstellungen von sich selbst stellen eine Überhöhung des eigenen Wertes dar, die bereits megalomane Züge trägt. Vor solcher „Megalomanie“ kann man aber nur scheitern („ich habe als Künstler versagt ...“). – In der Depressionsbehandlung geht es nun darum, diese Selbstannahme anzustoßen und die vorliegende (oft tägliche) Selbstentwertung zu unterbrechen. Denn der Depressive meint, daß er sich nicht mit dem Wichtigsten abgibt, sondern seine Zeit mit Belanglosem verschwendet. Es wäre kulturell viel höher stehend, zu malen, sich mit Kunst zu beschäftigen. Aber was er jetzt tue, das sei nichts wert. Aber wird hier nicht der Wert des Fernsehens abgewertet? Stellt für ihn das Fernsehen in so einem Falle der Unwiderstehlichkeit nicht auch einen Wert dar, der vielleicht darin liegt, durch dieses Medium ein Gefühl zu bekommen, näher am wirklichen Leben dran zu sein, mehr inmitten des Geschehens, und die Einsamkeit durchbrochen zu haben? Ist so ein Wert nicht existentiell bedeutsamer als ein vielleicht kulturell angesehener, der aber das Herz nicht zu wärmen vermag? – Wenn ein Wert der *Grund einer Bevorzugung* einer Handlung vor einer anderen, einer Sache vor einer anderen etc. ist, dann geschieht täglich eine reale Bewertung durch die Bevorzugung des Fernsehens – aber die Stellungnahme zu diesem realen Bewerten fehlt oft bei Depressiven oder sie ist nicht bezogen auf den möglichen Wert, der in der „falschen Handlung“ liegt, weil das rigide, normative Denken ihn nicht zuläßt. Durch dieses sich Eingestehen des möglichen Wertes in der abgelehnten Handlung kommt es zu einer Versöhnung mit sich selbst und zu einem Ende des Entwertungsstressses.

c) **Personale Positionsfindung** – methodisches Einüben der Stellungnahmen (Längle 1994b)

Das Ziel dieser Methode ist die Überleitung der depressiven

¹ Der einfacheren Lesbarkeit halber wird das generische Maskulinum verwendet.

„primären Emotion“ in eine „integrierte Emotion“ (vgl. Längle 2003b). Dies wird über drei Schritte versucht, die hier mit einer typischen Frage kurz skizziert sind:

PP1 – Position nach außen: Stimmt das auch? *Woran* erkenne ich das?

PP2 – Position nach innen: Wenn das so wäre, was würde mir verloren gehen? Könnte ich es dieses *eine Mal* aushalten?

PP3 – Position zum Positiven: *Worum* geht es mir in dieser Situation? Bin ich hier, um mir etwas zu beweisen oder etwas zu tun?

5. Bearbeiten der Versagensgefühle und des Verstehens.

Durchgehen des Versagens und der depressiven Wahrnehmungen bis zum positiven Kern, wodurch es zum Kippen des Negativen ins Positive kommt: „Wo liegt die Stärke in dem, was ich als Schwäche angesehen habe?“ – „Ist es wirklich nur ein Versagen, was ich als Versagen ansehe, oder ist da nicht auch ein Zu-mir-selber-Stehen möglich?“

Dadurch kommt es zum *Verstehen* der *Intention* des Verhaltens und zur Beziehungsaufnahme zum eigenen Leben.

Z.B. kommt eine Patientin mit depressiver Verstimmung, weil sie vor kurzem „wieder versagt“ habe. Sie hat einer Einladung von Freundinnen zum Kaffee zugesagt, ist aber nicht hingegangen. Sie sei bis zum Haus der Gastgeberin gegangen, habe den Finger an die Glocke gesetzt, ihn im letzten Moment sinken gelassen und sei wieder heimgegangen. Dort vergrub sie sich und verfiel in depressive Stimmung und depressives Denken. Sie fühlte sich schlecht, unfähig und vollends als Versagerin. Dieses Gefühl wurde noch verstärkt durch den Umstand, daß sie die Freundinnen nicht angerufen hatte, um sich zu entschuldigen.

Das Versagen und das Finden des versteckten Wertes ihres Handelns bearbeiteten wir mit einer phänomenologischen Vorgangsweise: Was hat sie bewegt hinzugehen? – Warum hat sie nicht angeläutet? – Hat sie einen Grund gehabt, daß sie die Klingel nicht gedrückt hat – was war das? – Es stellte sich nach einigem Suchen heraus, daß sie in dem Moment, als sie die Klingel drücken sollte, das Gefühl überwältigte, sich den Freundinnen nicht zumuten zu können, weil sie so depressiv war. Sie dachte ganz klar, sie würde ihnen alle Freude nehmen, wenn sie mit ihrer Stimmung auftauchte. Nun verstand sie, daß sie sich eigentlich aus einem sehr positiven Grund – die Freundinnen zu schützen – umgedreht hatte und im Grunde (zumindest auch) aus Liebe zu den Freundinnen nach Hause gegangen war. Durch dieses Sich-Verstehen löste sich das Versagensgefühl auf. Auf dem Boden ihres depressiven Empfindens stand sie selbst nun als Person und hatte gehandelt. Und in diesem Handeln hatte sie einen Wert verfolgt, der ihr sehr wichtig ist: den Freundinnen einen Liebesdienst erweisen. Die Patientin verließ erleichtert und tief berührt die Stunde. Sie hatte sich im Dickicht der depressiven Gefühle angetroffen und annehmen können.

6. Bearbeitung der Schuldgefühle und Konkretion der Verantwortung. Depressive Schuldgefühle stammen zum einen aus diffusen *Verantwortungsgefühlen*, bei denen es um die Klärung des Realgehaltes und der echten Verantwortung bzw. des tatsächlichen Schuldigwerdens geht. Zum anderen stam-

men sie aus *überhöhten Wertvorstellungen*, die ebenfalls einer kritischen Stellungnahme und Revision bedürfen.

Der Depressive neigt außerdem dazu, „*Verantwortungsvakate*“ aufzufüllen, wodurch er sich überfordert und Frustrationen holt. Z.B. kann niemand verantwortlich sein für die Gefühle anderer Personen, beispielsweise ob die Mutter oder der Vater glücklich ist. Der Depressive belastet sich aber damit, fühlt sich diffus verantwortlich („Verantwortlichkeitsgefühl“ als Pendant zum diffusen Schuldgefühl), erschöpft sich und fühlt sich in der Ausweglosigkeit als Versager und schuldig.

7. Arbeit an Wertbeziehungen und Einüben einer ablehnenden Haltung zu Werten. Die Devise ist: „Sich selbst täglich etwas Gutes tun!“ Die ablehnende, entwertende Haltung zu sich und verbunden damit der depressive Beziehungsverlust zum eigenen Leben sollen durch konkrete, entschiedene Handlungen bearbeitet werden und durch tägliches Üben sollen neue, lebensbejahende Erfahrungen gemacht werden können. Psychotherapeutisch werden die Gefühle und Gründe bearbeitet, die den Patienten davon abhalten und dabei begleiten. Der Leitsatz aus der Wertelehre wird dem Depressiven praktisch gemacht: „Nichts ist ‚gut‘, das nicht auch für mich gut ist.“

Hier geschieht viel Arbeit an Wertblockaden, an der Wertwahrnehmung und an den Traumatisierungen bzw. Verlusten. Der Vitalitätsmangel der endogenen Depression erfordert eine spezielle Behandlungsform, wofür in der Existenzanalyse spezifische Schritte ausgearbeitet sind (vgl. die Grundlagen in Frankl, 1983). Wichtig ist vor allem auch die Sensibilisierung für *Erschöpfung*. Der Patient lernt die entsprechenden vorbeugenden Maßnahmen zu treffen.

8. Die tiefe Therapie am Grundwert und das Trauern als Hauptarbeit in der Depression. Nach dieser vorbereitenden Arbeit auf der Werteebene kommt man früher oder später auf diese tiefe Schicht existenzanalytischer Therapie, wo mit dem Patienten daran gearbeitet wird, jene Einflüsse aufzudecken und fühlbar zu machen, die dazu geführt haben, daß er eine negative Haltung dem Leben gegenüber aufgebaut hat. Die Arbeit geht im allgemeinen über die Phasen der Wut, der Trauer und der Ressourcenförderung durch weitere Beziehungs- und Wertearbeit (Längle 1993, 38-58).

Man kann sich schon vorstellen, daß der Patient bei der Frage, ob es gut ist, daß es ihn gibt und welches Gefühl er bei der Frage hat, ob er leben mag, an die wunden Stellen seines Lebens kommt. Den tiefsten Punkt existenzanalytischer Therapie der Depression sehen wir darin, den Grund zu legen für eine neue Haltung dem Leben gegenüber, und das Bewußtsein zu schaffen, daß diese Haltung letztlich eine Entscheidung aus der Quelle personalen Lebens ist, die im letzten Ahnen und Fühlen des Daseins wurzelt.

Der tiefste Punkt der existenzanalytischen Therapie ist erreicht, wenn es zu einer emotional getragenen Stellungnahme zum Leben, zu einem „Ja“ zum Leben kommt. Diese Stellungnahme geschieht aus dem Fühlen des tiefen Wertes des Lebens, für den sich der Patient durch neue Erfahrungen und Haltungen wieder öffnen und Zugang finden kann. Dann kann er sich auch mit einer Entscheidung über die depressiven Gefühle erheben. Denn Depression ist in unserem Verständnis der Verlust einer

existentiellen Grundmotivation, und somit einer aktiven Komponente personalen Handelns. In der Depression geht im besonderen die *Zuwendung* zum Leben und zum Lebenswerten auf der Basis leidvoller Gefühle verloren. Um die Zuwendung wieder zu gewinnen, ist die Trauer von größter Wichtigkeit, manchmal auch die Wut. Wesentlich ist jedenfalls, daß man in sich die Kraft des Lebens wieder zu spüren beginnt: die tröstende Kraft der Tränen oder die stärkende und beschützende Kraft der Aggression.

3. Therapie der Suizidalität

Hier sollen nur einige ergänzende Bemerkungen zu dem umfassenden Artikel von A. Nindl in diesem Heft gegeben werden, wo er ausführlicher auf das Verständnis und die Behandlung der Suizidalität eingeht.

Die Suizidalität ist ein häufiges Phänomen in der Depression. Wenn man mit der ganzen psychischen Last einer Depression leben muß, mit dem entsprechenden Verlust von Kraft, mit dem Leiden am Versagen, am Mangel, am Fehlen, an der Schuld usw. und ohne Perspektive einer Hoffnung, ohne Lust und Freude am Leben, dann werden die suizidalen Tendenzen schnell verständlich. Existenzanalytisch betrachtet verstehen wir den Wunsch, sich das Leben zu nehmen, als Symptom, das der inneren Haltung und Beziehung zum Leben entspricht. Wenn man bedenkt, daß der Depressive sein Leben als schlecht bewertet, als reine Last für die anderen und daher als Ursprung einer unüberwindlichen Schuld, dann erscheint die Suizidalität als logische Konsequenz und als ehrlicher Ausdruck des Erlebens. Diese negative Bewertung des eigenen Lebens (wir nennen sie deshalb in der Existenzanalyse auch „negativer Grundwert“) führt aber nicht nur zu negativen Gefühlen und Affekten, sondern ebenfalls zu einer persönlichen Haltung, die eine *Entscheidung* gegen das Leben beinhaltet. Die Suizidalität selbst ist daher keine Krankheit, sondern eine Entscheidung der Person angesichts der Krankheit. Diese Entscheidung, das durchzuführen, was er denkt und fühlt, also seiner psychischen Realität und seiner Überzeugung zu folgen, ist ein Akt, der ihm geradezu moralisch erscheint innerhalb seines Bezugsrahmens.

Wir kennen drei Gründe, die den Depressiven von seiner selbstzerstörerischen Absicht abhalten können: eine *positive, innere Haltung zum Leben*, *Angst* und ein *Mangel an Kraft*. Letzteres ist besonders in der Mitte schwerer depressiver Phasen der Fall. Suizidalität ist dann aber am Beginn und am Ende der depressiven Phase akut, wo der Patient genügend Kraft hat, um sein Vorhaben zu realisieren. Die Suizidalität am Ende der Phase ist besonders gefährlich, weil man sie nicht mehr erwartet, geht es dem Patienten doch sichtlich besser. Die negativen Gefühle sind weitgehend gewichen, Aktivität und Unternehmungsgeist erstarken – jedoch fehlt noch eine neuerliche Bestärkung der bejahenden Haltung zum Leben. So weichen die äußerlich sichtbaren depressiven Gefühle und der Aktivitätsmangel, aber in der Tiefe besteht noch weiterhin die düstere, lebensablehnende Haltung.

Betrachten wir noch kurz die *positive, innere Haltung zum Leben* als dem stärksten Schutz vor dem Suizid. Diese Haltung kann aus einer tiefen Überzeugung über den Wert des Lebens stammen, verbunden mit dem *kognitiven Wissen*, daß es sich

derzeit um eine Phase mangelhafter Produktion von Neurotransmittern im Gehirn handelt oder um einen psychischen Zustand, der einem Verlust eines existentiellen Wertes entspricht, aber noch nicht von der Person durchgearbeitet ist usw. Ein solches Wissen, solche Erklärungen über die Ursachen des depressiven Zustandes sind wichtig, um die Überzeugung, daß das Leben einen Wert hat, aufrecht zu erhalten. Die Überzeugung ist eine Haltung, eine allgemeine Entscheidung über den Grundwert des Lebens. Normalerweise ist eine solche Überzeugung begleitet von (kognitiven) Erinnerungen an ein Leben mit positivem Wert – was bedeutet, daß das Leben auch andere Seiten hat, die man jetzt nicht sehen kann.

Eine andere Form der inneren, positiven Haltung zum Leben wurzelt im *Glauben* – somit in einem Verständnis des Lebenswertes, das nicht nur in einer besonderen subjektiven Erfahrung begründet ist, sondern auch in einer Offenbarung, in einem größeren und göttlichen Wissen. Doch hat man auch aufzupassen: ein Glaube, der nicht auf eigenen Erfahrungen beruht und sich nicht auf Erinnerungen an den positiven Wert des Lebens bezieht, kann dem Druck und dem Gewicht der Depression kaum standhalten.

Schließlich ist also eine versteckte Form der positiven, inneren Haltung zum Leben auch die Haltung anzusehen, wenn jemand aus „*Feigheit*“, aus Mangel an Mut vom Suizid absieht. In diesem Gefühl von Feigheit, wie die Patienten ihre Haltung in der typischen selbstentwertenden und bereits autoaggressiven Manier bezeichnen, findet sich phänomenologisch eine Unsicherheit, ein Zweifel, eine verborgene Hoffnung, ein uneingestandener Impuls, daß das Leben schließlich doch etwas Gutes sein könnte, oder daß es von unantastbarer Natur ist. Hinter der Erschütterung einer so definitiven und unwiderrufflichen Entscheidung stößt man oft auf einen Respekt, der alle Logik und Argumentation übersteigt. Für die Therapeuten ist es wichtig, dieses Verborgene hinter solchen Worten zu sehen und zu bedenken, weil sie dem Patienten so besser beistehen können in seinem Personsein.

Sprechen wir nun noch etwas über die **Behandlung** der Suizidalität. Sie besteht im

- a) Anbieten und Erarbeiten eines Verständnisses seiner Situation,
- b) Aushandeln eines Versprechens, keinen Suizid zu verüben.
- c) Im ablehnenden Fall muß der Therapeut eine feste Haltung einnehmen, damit der Patient lückenlos in Beziehung zu anderen Personen bleibt.

a) Der Therapeut lädt den Patienten ein, über seine Suizidwünsche, Absichten oder Pläne zu sprechen. Da es sich dabei auch um verheimlichte Tendenzen handeln kann, ist eine empathische Formulierung der Anfrage nötig, die es dem Patienten erleichtert, auf die Frage einzugehen bzw. die seine verheimlichende Absicht zu umgehen vermag. Um ein Beispiel zu geben: „Ich verstehe Ihre Lage gut, in der Sie sich jetzt befinden. Sie müssen eine enorme Last tragen ... Ich kann mir vorstellen, daß man in so einer Situation die Lust am Leben verliert – und daß man sich vielleicht sogar mit dem Gedanken trägt, ihm eine Ende zu setzen. Geht es Ihnen nicht auch so?“ – So kann sich der Patient verstanden fühlen und im Falle der Zustimmung mit Erleichterung reagieren. Dieses Angebot an Ver-

ständnis stärkt auch die Beziehung zum Therapeuten.

Sollte der Patient keine solchen Impulse und Gefühle verspüren, dann ist diese Anfrage keinesfalls schädlich. Manche Therapeuten befürchten nämlich, durch eine solche Frage den Patienten negativ zu beeinflussen oder ihm sogar einen Selbstmord nahezu legen. Ein nicht suizidaler Mensch wird diese Frage als Herausforderung zu einer positiven Stellungnahme zu seiner Lebenssituation auffassen, selbst wenn er depressiv ist, und etwa antworten: „Meine Situation ist nicht so schwer, wie Sie denken!“

Jemand, der sich suizidal fühlt, wird hingegen anders reagieren. Er wird es entweder erleichtert bejahen und sich verstanden fühlen, oder aber bemüht sein, seine Absichten aus mehreren Gründen zu verbergen. Er möchte z.B. eine Hospitalisierung oder eine medikamentöse Behandlung vermeiden; oder er hat nicht genügend Vertrauen in den Therapeuten, um darüber sprechen zu können; oder er ist bereits entschieden und möchte nicht an der Durchführung seiner Pläne gehindert werden. Dann ist zu erwarten, daß der Patient die Frage sogar empört von sich weist.

Wie kann nun eine solche Gefahr der *Dissimulation* erkannt werden? Dazu brachte Frankl (1982a) bereits in den zwanziger Jahren einen Vorschlag, der heute eine weite Verbreitung gefunden hat. Frankl hatte damals eine Abteilung mit suizidalen Frauen geleitet, und vor ihrer Entlassung mußte er ihr Suizidrisiko einschätzen. Er entwickelte eine kurze Fragetechnik, mit deren Hilfe die Gefahr einer *Dissimulation* recht gut eingeschätzt werden kann. Die Fragen zentrierten sich indirekt um die Sinnbezüge des Patienten. Diese kommen durch folgende Beobachtung ins Spiel: wenn der Patient einen Sinn für sein Leben sieht, dann verringert dies das Risiko des Suizids, aber wenn er keinen sieht, hat er nichts, das ihn davon abhalten könnte. Sinn ist das wichtigste Hilfsmittel gegen Suizidalität.

Die Aufdeckung versteckter Suizidalität beginnt, wie oben ausgeführt, mit der Nachfrage nach möglichen suizidalen Tendenzen. Wenn der Patient solche Tendenzen dissimulieren will, wird er bemüht sein, die Bedenken des Therapeuten zu zerstreuen und dabei etwa so sprechen: „Nein, ich habe keine solche Gedanken ... Das würde mir nie einfallen ... Sie brauchen sich keine Sorgen machen!“

Bei einer solchen Antwort kann eine mögliche *Dissimulation* durch eine aufs erste schockierend erscheinende Frage aufgedeckt werden: „Warum würden Sie das nicht tun? Was läßt Sie so sicher sein?“ – Im Falle einer *Dissimulation* wird der Patient sichtlich überrascht sein und typischerweise ins Stottern geraten: „Nein, eh – nein, ich mache das nicht, seien Sie unbesorgt, seien Sie sicher, daß ich das nicht mache ...!“ Die *Dissimulation* ist daran erkennbar, daß sich der Patient nicht auf einen Sinn beziehen kann, und er kann keinen konkreten Inhalt angeben. Sollte der Patient aber nicht dissimulieren, wird er ruhig seine Gründe angeben können und beispielsweise sagen: „Ich habe eine Familie ..., habe diese und jene Aufgabe ..., ich möchte es wegen meiner Frau nicht machen ..., wegen Gott ... usw.!“

b) Die suizidalen Patienten werden angefragt, ob sie *versprechen* können, sich nichts anzutun. Es empfiehlt sich nicht,

sie in allgemeiner Art zu fragen: „Können Sie mir versprechen, sich nicht umzubringen?“ Der Großteil der Menschen könnte dies aufrichtigerweise nicht versprechen. Die Frage soll konkreter und begrenzter sein: „Können Sie mir versprechen, sich diesen Monat (oder diese Woche) nichts anzutun?“ In schweren Fällen muß die Frage noch eingegrenzter sein: „Können Sie mir versprechen, daß wir uns morgen wieder sehen?“ Der einzige Inhalt, auf den sich das Versprechen in akuten und subakuten Fällen beziehen kann, ist die Beziehung zwischen Therapeut und Patient, und nicht auf die mögliche Tat. „Können Sie mir versprechen, daß Sie mich auf jeden Fall kontaktieren, wenn Sie es nicht mehr verhindern können, daß Sie den kreisenden Gedanken um den Suizid nicht mehr Einhalt gebieten können? – Können Sie mir versprechen, daß Sie mich anrufen, wenn Sie nicht mehr garantieren können, daß Sie sich nichts antun? Versprechen Sie mir, daß Sie mich in einem solchen Fall sicherlich anrufen, egal ob tagsüber oder nachts, bevor Sie sich etwas antun?“ Es ist notwendig, dieses Versprechen mit einem Handschlag zu bekräftigen, bei dem man sich offen in die Augen schaut. Wenn der Patient den Handschlag vermeiden will oder ihn nicht genügend stark gibt oder dem Blick ausweicht, ist dies einzufordern. Wenn der Kranke darauf eingeht, hat man fast eine Garantie, daß er sich nicht töten wird, ohne sein Versprechen einzulösen. Dieses Versprechen geht mit einem großen Gewicht einher, denn es ist schwer zu sterben mit einem gebrochenen Versprechen!

c) Wenn der Patient zu einem solchen Versprechen nicht zu bewegen ist, ist die Situation als sehr kritisch einzustufen und man hat mit einem immanenten Suizid zu rechnen. In so einem Fall darf man den Patienten niemals allein lassen. Es empfiehlt sich eine Hospitalisierung. Wenn das nicht möglich sein sollte, ist es wichtig, ein soziales Netz mit vertrauenswürdigen Personen aufzubauen, die in der Lage sind, die Verantwortung zu übernehmen und eine kontinuierliche Wachsamkeit garantieren. Es ist ein fataler Irrtum, einen Patienten nach Hause zu schicken, ohne sich persönlich von einer weiteren Betreuung vergewissert zu haben (nicht nur nach den Worten des Patienten!)

4. Prophylaxe

Betrachten wir noch einige Punkte zur Vorbeugung depressiver Entwicklungen und zur Psychohygiene.

a) **Kräftepflege:** Die Vorbeugung besteht darin, auf Erschöpfungsbereiche zu achten und sich für jene Bereiche zu sensibilisieren, wo Kräfteverluste auftreten. Das ist z.B. dort oft der Fall, wo man nach Pflichtgefühlen handelt oder Anstrengungen ausgesetzt ist, wie etwa in der Arbeit, beim Autofahren, ja sogar beim Geschirrwaschen. Solche Stressoren gilt es bewußt zu machen, weil durch sie viele Kräfte verloren gehen und oft zu Gereiztheit und zu muskulären Verspannungen führen (vor allem im Schulter- und Rückenbereich).

Durch Einbau von Erholungsphasen, Achten auf genügend Schlaf, auf Pausen, sportliche Betätigung, Tagesgestaltung, Wochenplanung kann dem Kräfteverlust und der Erschöpfung

vorgebeugt werden. Rhythmen und Regelmäßigkeiten erleichtern das Leben, nehmen Entscheidungen ab. Es ist wichtig, in seiner Geschwindigkeit zu leben. – Jede Depression hat unserer Erfahrung nach einen Erschöpfungsanteil!

b) **Medikamente:** Zum Bereich der Kräftepflege – und damit zum Bereich der ersten Grundbedingung erfüllter Existenz („erste Grundmotivation“ Längle 1992b, 1999) – gehört der Einsatz von Medikamenten (Phasenprophylaxe und Antidepressiva). Sowohl Lithium als auch langdauernde Gabe von Antidepressiva sind erprobte Mittel zur Prophylaxe der Depression.

c) **Wertpflege:** Zur Erhaltung der Lebensfreude und der Lebenskraft ist es wichtig, jenen Bereichen, die man mag, Aufmerksamkeit zu schenken und ihnen genügend Platz im Leben einzuräumen. Das Grundgefühl soll erhalten oder eventuell sogar gesteigert werden: daß es gut ist, daß man lebt und auf der Welt ist. Dafür sind Erfahrungen wichtig, die einen mit dem Wertvollen in Beziehung bringen, wie zum Beispiel:

- Pflege schöner Erlebnisse (nach dem Motto: Wo Freude ist, ist Leben. Es genügt nicht zu *wissen*, daß einem etwas gut täte, man muß es auch *erleben* und *tun*.);
- Genießen von *Erlebnissen*, sich Zeit nehmen für sie, sich ihnen zuwenden;
- Pflege von *Beziehungen*;
- Dinge, die einem etwas bedeuten, als *Kostbarkeit* behandeln, was auf eine Lebenskultur hinausläuft;
- Pflege des *Körpers*, der Bewegung, des Sportes. Auf „Wellness“ achten. Der Körper ist wie das Wachs für die „Flamme des Lebens“.

d) Sich den „**Lebenshindernissen**“ zuwenden: dasjenige, das einem Leben nimmt, wartet darauf.

- *Belastende Gefühle* hinterfragen nach ihrem Grund, sie mit anderen besprechen;
- Ausstehende *Trauer* aufnehmen;
- Sich den *Enttäuschungen* und *Verlusten* zuwenden, und das Gefühl aufnehmen, wenn einem etwas versagt ist oder wenn man scheitert. Durch die fehlende Zuwendung zu diesen Lebenshindernissen hält sich die Seele an dem fest, was der Verstand verweigert – was dann zur Depression führt.

e) **Sorgsamer Zeiteinsatz:** Durch einen sorgsamen Zeiteinsatz wird die Liebe zum eigenen Leben beachtet, denn Zeit ist immer Lebenszeit. Im Konkreten bedeutet dies, möglichst nur das tun, was einem wirklich wichtig ist, und möglichst zu vermeiden, Zeit für Nebensächlichkeiten zu verwenden. Besonders der Depressive hat darauf zu achten, daß er sich nicht immer wieder zurückstellt und auf sich „verzichtet“ anderen zuliebe.

f) **Spezielle Arbeit an Haltungen:** Der Depressive neigt zur Haltung des sich Unterordnens. Besonders im Vorfeld der Depression besteht die Neigung, sich zu sehr anzupassen, um wertvolle Nähe zu „verdienen“, sich vorschnell dem Schicksal

unterzuordnen oder auch sich Autoritäten zu fügen. Es bedarf einer Arbeit an der Haltung, daß man es sich wert ist, für sich einzutreten, seine Wünsche, Bedürfnisse, Ansprüche zu leben. Das depressive Idealbild ist kritisch zu reflektieren und zu verändern: es ist nicht immer von vornherein gut sich zurückzustellen und bescheiden zu sein.

Bearbeitungen von Wunschkaltungen: Wünsche beinhalten die Gefahr der latenten Passivierung, weil man den Wünschen ausgeliefert ist, wenn man erwartet, daß andere sie einem erfüllen. Durch die Fixierung in der Wunschkaltung von Dingen, die man nicht hat, erlebt man die Mangelseite des Lebens stärker. – Als Faustregel gilt: Wünsche sind so lange gut, als man sie auch lassen kann.

Arbeit an der Haltung der Selbstachtung: Zur Erhaltung bzw. Förderung der Selbstachtung bedarf es einer Sensibilisierung für Mißachtungen durch andere. Sie darf nicht mehr toleriert werden. Besteht ein liebloser Umgang durch andere, dann ist es gut, diesen prophylaktisch anzusprechen.

Literatur

- Frankl V E (1982a) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
Frankl V E (1982b) Psychotherapie in der Praxis. Wien: Deuticke
Frankl V E (1983) Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt
Längle A (1984) Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung. In: Sinnvoll heilen. Viktor E. Frankls Logotherapie - Seelenheilkunde auf neuen Wegen. Freiburg: Herder, 47-63
Längle A (1991) Depressive Verstimmung und Persönlichkeit, depressives Verhalten. Eine Fallstudie zur Interaktion von Psychopharmaka und existenzanalytischer Psychotherapie. In: Danzinger R (Hg) Psychodynamik der Medikamente. Interaktion von Psychopharmaka mit modernen Therapieformen. Wien/New York: Springer, 47-54
Längle A (1992a) Der Krankheitsbegriff in Existenzanalyse und Logotherapie. In: Pritz A, Petzold H (Hg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann-Verlag, 355-370
Längle A (1992b) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. Öffentl. Vortrag, Tagung der GLE in Zug/CH, 3. 4. 1992; publ.: Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 1999, 18-29
Längle A (1993) (Hg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE-Verlag
Längle A (1994b) Personale Positionsfindung. In: Bulletin der GLE 11, 3, 6-21
Längle A (1997) Burnout - Existentielle Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. In: Existenzanalyse 14, 2, 11-19
Längle A (1999) Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. In: Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146
Längle A (2003a) Wertberührung – Bedeutung und Wirkung des Fühlens in der existenzanalytischen Therapie. In: Längle A (Hg) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas, 49-76
Längle A (2003b) Zur Begrifflichkeit der Emotionslehre in der Existenzanalyse. In: Längle A (Hg) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas, 185-200
Längle A, Funke G (Hg) (1987) Mut und Schwerkmut. Existenzanalyse der Depression. Wien: GLE-Verlag
Nindl A (2001) Zwischen existentieller Sinnerfüllung und Burnout. Eine empirische Studie aus existenzanalytischer Perspektive. In: Existenzanalyse 18, 1, 15-23

Anschrift des Verfassers:

DDr. Alfred Längle

Ed. Sueß-Gasse 10

A-1150 Wien

alfried.laengle@existenzanalyse.org

Von Schwarzgalligkeit, sündigem Überdruß und Depression

Brigitte Heitger-Giger

Melancholie und Depression werden im geschichtlichen Überblick von der Antike bis zur Gegenwart anhand von ausgewählten Texten dargestellt. Dabei wird besonders auf die Beschreibung des Krankheitsbildes und seiner Ursachen, sowie auf die Diagnostik und die spezifischen Behandlungsformen eingegangen.

Schlüsselwörter: Depression, Melancholie, Geschichtlicher Überblick

Melancholy and depression will be depicted in a historical review from ancient to modern times with the help of selected texts. The specific accent will be on the pathography, the causes of the disease as well as the diagnostic and the specific forms of therapy.

Key words: depression, melancholy, historical review

Die Depression ist eine sehr alte Krankheit, das Material dazu ist entsprechend umfangreich, und so gibt es eine breite Palette von Theorien zu Ursache und Behandlung. In diesem Artikel werden einige davon – jeweils stellvertretend für einen Zeitabschnitt – vorgestellt, wodurch sich der Artikel als eine historische Einstimmung auf das Thema der Depression versteht.

Bereits den Griechen war die Symptomatik bekannt und ist dort aufgrund von Beobachtungen beschrieben und behandelt worden. Die Beobachtung war bei ihnen eine wesentliche Forschungsmethode, und das ist ein Grund, weshalb so vieles, das in der Antike beschrieben worden ist, über Jahrhunderte seine Gültigkeit haben wird. Sie prägten den Begriff der Melancholie, ‚melan‘ heißt schwarz und ‚cholos‘ Galle, also der Schwarzgalligkeit.



Abb.1: Edvard Munch: „Melancholie I“ (1896)

In der Antike: Die Schwarzgalligkeit

Im *Corpus hippocraticum*, verfasst um 420 vor Chr., begegnen wir in der Schrift ‚Über Luft, Wasser und Ortslagen‘ erstmals der Melancholie. In diesem Text geht es um den Einfluss der Klimaverhältnisse auf den Gesundheitszustand des Menschen. Da ist zu lesen, dass es für die Galletypen schädlich ist, wenn auf einen rauhen, im Zeichen des Nordwind stehenden Sommers, ein trockener Herbst folgt, da sie zu stark austrocknen, was bei ihnen zu Augenentzündungen, langwierigem Fieber, sogar zu Melancholie führen kann (Flashar 1966, 21-22). Denn durch dieses Klima wird das Feuchte und Wässrige der Galle ausgetrocknet und das Dicke, Beißende bleibt zurück. Die Krankheit ist charakterisiert durch die schwarze Verfärbung der Galle, was aufgrund von Konsistenz und Farbe

lich ist, wenn auf einen rauhen, im Zeichen des Nordwind stehenden Sommers, ein trockener Herbst folgt, da sie zu stark austrocknen, was bei ihnen zu Augenentzündungen, langwierigem Fieber, sogar zu Melancholie führen kann (Flashar 1966, 21-22). Denn durch dieses Klima wird das Feuchte und Wässrige der Galle ausgetrocknet und das Dicke, Beißende bleibt zurück. Die Krankheit ist charakterisiert durch die schwarze Verfärbung der Galle, was aufgrund von Konsistenz und Farbe

der Exkreme Stuhl, Urin und Erbrochenem, sowie der Haut- und Zungenfärbung diagnostiziert worden ist.

An anderer Stelle wird der gestörte Geisteszustand einer Patientin als ‚melancholisch‘ bezeichnet. Zur Schilderung gehören die Angaben zu den galligen Substanzen, sowie die Symptome schläfriges Gefühl, Mutlosigkeit, Erregung und Depression, Appetit- und Schlaflosigkeit. Diese Lehre wird dann etwas verändert, indem in der Schrift ‚Über die Natur des Menschen‘ die schwarze Galle als ein ursprünglicher Körpersaft des Menschen benannt wird – neben der gelben Galle, dem Blut und dem Schleim. Wenn nun diese vier Säfte in einer gleichmässigen Mischung vorhanden sind, so ist der Mensch gesund. Aus diesen vier Säften werden später die vier bekannten Temperamente des Melancholikers, Cholerikers, Sanguinikers und Phlegmatikers entstehen, insbesondere Claudius Galen hat im 2. Jahrhundert diese Lehre weiter verfeinert.

Auch der gesunde Mensch hat schwarzgallige Anteile, und das Auftreten einer Krankheit ist eine Frage des Maßes. Diesen Ansatz finden wir auch bei *Aristoteles*, allerdings hat er sein Augenmerk in der ‚*Problematica Physica*‘ auf eine andere Frage gerichtet. „Warum erweisen sich alle außergewöhnlichen Männer in Philosophie oder Politik oder Dichtung oder in den Künsten als Melancholiker; und zwar ein Teil von ihnen so stark, dass sie sogar von krankhaften Erscheinungen, die von der schwarzen Galle ausgehen, ergriffen werden ...“ (*Aristoteles* 1991, 250). Namentlich nennt er Empedokles, Plato und Sokrates. In dieser Schrift vergleicht er den Zustand des Melancholikers mit demjenigen nach zuviel Wein- genuss. Folgende Zustände durchgehe der Weintrinker mit zunehmender Menge: Der Schweigsame wird gesprächig, dann redselig, zu Tätlichkeiten neigend, bei weiterem Konsum übermütig und schließlich rasend. Allzu viel Wein kann auch stumpfsinnig machen. Ebensolche Veränderungen - hier durch den Wein vorübergehend verursacht - könne auch die Natur hervorbringen.

Der melancholische Saft des Genialen ist nun eine Mischung aus Wärme und Kälte, sozusagen eine wohlgemischte Anomalie. Diese Menschen haben die Eigenschaften, die zur kalten und zur warmen Galle gehören. Sie neigen aber zu melancholischen Krankheiten, das heißt, wenn die Mischung kälter wird als das rechte Maß, so können unvernünftige Depressionen, Ängste, Erstarrung und Suizidalität auftreten. Zu ergänzen ist hier, dass das Altern für ihn ein natürlicher Abkühlungsprozess ist, weshalb diese Symptome im Alter häufiger auftreten. Bei Erwärmung ruft die Mischung eine gehobene Stimmung hervor. Diese Stimmungslage kann sich bei den Melancholikern zur Begeisterung steigern, ein Zustand, der den Sibyllen und Wahrsagern zugesprochen wird. Das Geniale ist hier nahe beim Wahn angesiedelt, diese Verwandtschaft geht auf Plato zurück. Ausdruck vom kranken Zustand sind Erregbarkeit, Raserei und Liebeshunger.

Aristoteles unterscheidet somit zwischen einer natürlichen Veranlagung, die den Melancholiker ausmacht, und einem krankhaften Erscheinungsbild, das wir in der heutigen Einteilung am ehesten mit den bipolaren affektiven Störungen vergleichen können.

Eingehend hat sich *Rufus von Ephesos* (2. Jh. n. Chr.) mit der Melancholie befasst, er hat zwei Bücher über die Symptome, Ursachen und Therapie der Melancholie verfasst. Dieses Werk hat noch lange großen Einfluss, so haben sich Galen, der das Wissen weiter systematisiert hat, die arabischen Mediziner des 9. Jahrhundert bis hin zum Mönch Constantinus Africanus im 11. Jahrhundert weitgehend darauf bezogen.

Rufus war die Früherkennung und sofortige Behandlung ein wichtiges Anliegen aus der Erfahrung heraus, dass die Behandlung im Anfangsstadium erfolgsversprechender ist, da der Kranke noch ansprechbar ist, die Galle sich noch nicht festgesetzt hat. Den initialen Zustand der Krankheit beschreibt er mit vereinzelt auftretenden Symptomen der Furchtsamkeit, des Zögerns, des grundlosen Grübelns, des Ekels vor bestimmten Speisen, der Sucht vom Tode zu reden und des Aufsuchens von Einsamkeit. Zudem treten Gefühle von Zorn, Traurigkeit, Freude und Angst schneller auf als beim Gesunden. Die Krankheit tritt vor allem in den Übergangsjahreszeiten auf, dabei eher im Herbst als im Frühjahr, was vor allem mit der schlechten Verdauung zu tun habe. Genau hier setzt auch die Behandlung an, denn die schlechte Verdauung wird als eine wesentliche Ursache der Störung angeschaut. Deshalb werden verschiedene Therapien und Mittel eingesetzt, welche die Stoffe im Körper, welche die Melancholie verursachen, abführen sollen. Dazu gehören Aderlass, Abführ- und Brechmittel. Zudem werden Wickel, Bäder, Spaziergänge empfohlen, ebenso eine leichte und helle Kost, Wein wird übrigens explizit genannt, da er wichtige Stoffe für die Heilung enthalte. Wegen seiner besänftigenden Wirkung wird auch der Coitus empfohlen, und schließlich wird auf die Heilkraft der menschlichen Natur vertraut.

Ergänzend möchte ich hier noch *Soran* (Rom, 1./2. Jh. n. Chr.) erwähnen, der zur Beschäftigungs- und Bewegungstherapie geraten hat. Zudem empfiehlt er die Zerstreuung, als Möglichkeiten erwähnt er Theater, Vorträge und Musik, wobei die Art der Zerstreuung dem Fassungsvermögen des Betroffenen angepasst sein soll. Ein prominentes Beispiel ist der depressive König Saul, der durch das Harfespiel Davids besänftigt worden sei.

Es gibt auch Textstellen in der Antike, die darauf hinweisen, unbedingt auf die Wahnideen der Kranken einzugehen und zwar insbesondere dann, wenn sie durch ein psychisches Leid verursacht worden seien. Durch die Kenntnis der Ursache könne – manchmal auch durch einen Überraschungseffekt – eben die Ursache beseitigt und damit eine Heilung herbeigeführt werden.

Die Akedia: Überdruß als Ursache

Ein ebenso wichtiges und prägendes Kapitel in der Geschichte von Melancholie und Depression ist die Konzeption der **Akedia** der Wüstenmönche, die zwischen 300 und 600 als Eremiten im Nahen Osten lebten. Der Begriff Akedia stammt aus dem Griechischen und ist die Negativierung des Wortes ‚Kedoz‘, das mit ‚Sorge‘ übersetzt wird, und bedeutet somit Sorglosigkeit im Sinne von Verdruss, Mattigkeit, Trägheit, und erhält dann später die Bedeutung von Überdruß.

Von dieser Akedia wurden insbesondere die Wüstenmönche erfasst, beim Studium der Inhalte wird deutlich, dass die Akedia dem Erscheinungsbild unserer heutigen Depression sehr nahe ist. Bei meinen nachfolgenden Erläuterungen zur Akedia beziehe ich mich auf Texte des Mönches Evagrius Pontikos, der um 350 geboren wurde und im späteren Alter in die ägyptische Wüste ging - vermutlich wegen einer unglücklichen Liebesgeschichte - wo er 14 Jahre lang lebte. Seine Schriften sind geprägt vom Gedankengut des frühen Christentums und sind eine tiefe Auseinandersetzung mit den seelisch-geistigen Dimensionen des Menschseins.

Ziel des Mönchslebens war es, die Reinheit des Herzens zu erlangen, die uns liebesfähig und damit gottesfähig macht. Der Mensch kann aber von Leidenschaften überfallen werden, deren Ursprung sogenannte ‚Gedanken‘ sind – er unterscheidet acht solcher verführerischer Gedanken, darunter eben die Akedia, – die zum ‚Bösen‘ verlocken. Dass solche Gedanken oder Anfechtungen auftauchen, das gehört zum Menschsein, wichtig ist es aber, einen Umgang damit zu finden. Evagrius beschreibt die Akedia als eine „Erschlaffung (atonia) der Seele, das heißt eine Erschlaffung der Seele, die nicht im Besitz dessen ist, was naturgemäß ist, und die nicht mutig den Versuchungen widersteht,“ und weiter als einen Zustand, wo „die Spannkraft (tonos) der Seele erschlafft sind“ (Bunge 1989, 38).

Zum Erscheinungsbild können Unruhe, Unzufriedenheit mit der Gegenwart, Konzentrationsstörungen, Unlust, Aktivismus oder Lethargie, Selbstzweifel und Verzweiflung bis hin zur Suizidalität gehören.

Wie ist nun diesem Zustand zu begegnen? Im Sinne der Prophylaxe ist die sorgfältige Selbstbeobachtung wichtig, sodass wir den Mechanismus der ‚Gedanken‘ und deren Verführungspotential früh erkennen. „Wenn der Geist des Überdresses dich überkommt“, schreibt Evagrius, „dann verlasse dein Haus nicht, und weiche im gegebenen Augenblick dem nützlichen Streit nicht aus!“ (Bunge 1989, 71) Die Akedia ist ein heftiger Kampf der Seele, der ins Verderben oder aber – falls er gelingt – zu einem friedvollen Zustand führt. Der Mönch soll sich die Not eingestehen, den Zustand aushalten, durchhalten und sich dem Konflikt in sich stellen. In dieser Zeit soll man gut zu sich schauen, denn Evagrius rät: „Geh, iss, trink, schlafe und arbeite nicht.“ (Bunge 1989, 74) Und weiter: „Den Überdruß heilt das Aushalten und dass man alles mit großer Sorgfalt und Gottesfurcht tut. Setz dir selbst in jedem Werk ein Maß fest, und steh nicht eher davon ab, als bis du es vollendet hast.“ (Bunge 1989, 77) Besonders erwähnt wird auch die Heilkraft der Tränen, welche die Verhärtung der Seele aufweichen können. Wir entnehmen den Texten des Evagrius die Empfehlung eines ausharrenden, liebevollen und geduldigen Umgangs mit uns selber, des Vertrauens auf verständnisvollen Zuspruch und die Gnade Gottes. Diese Texte, die sich mit einer Dimension des Menschseins auseinandersetzen, zeugen von einem tiefen Verständnis und von einer großen Weisheit.

Bei weiterführendem Interesse sei hier auf das Buch ‚Die Sprache der Seele verstehen – die Wüstenväter als Therapeuten‘ von Daniel Hell hingewiesen.

Im Mittelalter: Verknüpfung mit Sündhaftem

Im **Mittelalter**, zu einer Zeit, in der die Kirche gesellschaftlich einen bestimmenden Einfluss hatte, wurde die Akedia zu einer Hauptsünde (taedium cordis). Im konkreten Fall galt es zwar zu klären, ob es sich um eine melancholische Erkrankung handelt, die entsprechender Behandlung bedurfte, oder um eine Sünde. Wie diese Unterscheidung konkret vonstatten ging, dazu habe ich keine Angaben gefunden. Vermutlich ging es willkürlich durcheinander, und die Begriffe haben sich zunehmend vermischt.

Für *Thomas von Aquin*, der im 13. Jahrhundert lebte, wurzelt die Acidia in einer Sinnlichkeit, die zu einer Oberflächlichkeit der Seele in der Beziehung zu Gott führt und damit nicht zum Quell der Freude vordringt. Wenn diese Beziehung zu Gott fehlt, werden die Menschen schließlich von einem Widerwillen dem Leben gegenüber erfasst, der von Ekel begleitet sein und zu einer Schläffheit bis hin zum Stumpfsinn führen kann. Für diesen Zustand trägt der Betroffene selber die Schuld, weil er sein Herz zu wenig Gott zugewandt hat und als Folge dieser ‚Trägheit des Herzens‘ in den Trübsinn verfallen ist. Deshalb klagen in der göttlichen Komödie des Dante Alighieri die Accidiosi in der Hölle mit folgenden Worten: „Wir waren Elend im süßen, sonnenfrohen Äther, da wir im Innern Unlustnebel trugen. Jetzt müssen wir im schwarzen Kote büßen.“ (Starobinski, 35)

Hildegard von Bingen (12. Jh.) verbindet die Melancholie sogar mit dem Sündenfall von Adam, denn genau in diesem Moment sei ihm die Melancholie vom Teufel eingehaucht worden und habe ihn „lau und ungläubig“ gemacht (Starobinski, 39).

‚Ora et labora‘, bete und arbeite wurde deshalb den von der Acidia Befallenen empfohlen, denn das Gebet und die Arbeit füllen die Zeit der Trägheit mit sinnvoller Tätigkeit und machen den Menschen weniger anfällig für die Verführungen des Satans.

Diese unselige Verquickung von Krankheit und Religion, wodurch die Erkrankungen zur Sünde und die Erkrankten zu Besessenen werden, wird leider noch lange ihren Einfluss haben, sogar im 20. Jahrhundert kann man mit solchen Strömungen in Kontakt kommen.

Der Humanismus: Melancholie und Genialität

Dank der italienischen **Humanisten der Renaissance**, die sich intensiv mit dem antiken Gedankengut beschäftigen, wird die Melancholie wiederum mit Genialität verknüpft.

Marsilio Ficino (1433 – 1499) ist wohl der berühmteste Vertreter des ‚genialen Melancholikers‘, seit ihm gehören Melancholie und Tiefsinn zusammen.

Hier eine kurze geschlechtsspezifische Anmerkung zur Aufteilung des Krankheitsbildes in der Renaissance: es ist sozusagen ein Vorrecht der männlichen Denker und Künstler ein melancholisches Leiden zu haben und es waren die Frauen, die an pathologischer Trauer, Depression oder Wahnsinn erkrankt sind.

Also zurück zu Ficino: In seinen umfangreichen Schrif-

ten verbindet er das Wissen der damaligen Medizin inklusive astrologischer und magischer Heilkunde mit der christlichen Offenbarung. Die körperliche Ursache wird weiterhin im Saft der schwarzen Galle gesehen, dessen langsamen Bewegungen den Körper in Wallungen versetzen und dessen Dämpfe den Verstand benebeln. Wenn diese Erklärung auch medizinisch falsch ist, so ist es doch eine gute Metapher für die Symptomatik. Zudem ist auch der Planet Saturn Verursacher von Melancholie, denn neben Leib und Seele hat der Mensch auch einen ‚Spiritus‘, der demjenigen der Welt verwandt ist. Dank dieser Analogie ist der Mensch mit der Welt verbunden und kann von den kosmischen Kräften der Sterne und Planeten beeinflusst werden. Prophylaktisch sollen die geistigen Arbeiter, die eine kontemplative Begabung haben, ihre Gesundheit pflegen mit gesunder Ernährung, blumigem Wein, Gebet und Körperübung, um nicht in den krankhaften Zustand zu kippen. Der krankhafte Zustand wird ähnlich wie in der Antike behandelt, wobei ein Hauch von Esoterik dazu kommt. Extensiv wird beispielsweise der wohltuende Einfluss von Blütenduft sowie den Farben rot, gelb, grün und weiß gepriesen.

Was sich aber verändert hat, das sind die Begründungen zu den Behandlungsmethoden. So wird beispielsweise der Spaziergang empfohlen, weil uns die Strahlen der Sonne und der Sterne von überallher in freier und ungehinderter Weise erreichen können und, wie Ficino ausführt, „unsere Seele mit dem ‚spiritus mundanus‘ erfüllen, der durch diese Strahlen reicher herabströmt“ (Klibansky 1990, 387). Ebenso wird die Wirkkraft der Musik oder von Medikamenten mit komplexen kosmischen Verbindungen und Gesetzen erklärt.

Im berühmten Kupferstich *Melencolia I* von Albrecht Dürer (1471-1528) wird die Auffassung der ‚Künstlermelancholie‘ zur damaligen Zeit dargestellt: Ein Engel in brütender Denkerpose umgeben von zahlreichen symbolischen Gegenständen; nichtstuend. Die Szene findet unter Saturn statt, der Macht und Reichtum, aber auch Kummer, Elend und Tod bringen kann. Insbesondere ist er aber Sinnbild für Kontemplation und genau die ist es, die den denkenden, tief sinnigen Menschen – weil er die Begrenztheit seines Horizontes und seiner Möglichkeiten erkennt – in die Melancholie stürzen kann.

Diese Künstlermelancholie wird zu einer gewissen Modeströmung. In Florenz bildet sich beispielsweise ein Kreis saturnalischer Intellektueller, etwas später wird sie auch England ergreifen. Shakespeare hat mit Hamlet und Ophelia das melancholische Leiden eindrücklich dargestellt, oder in einer mehr humorvollen Variante mit Jacques in der Komödie ‚Wie es euch gefällt‘ (1599).

1621 erscheint das Buch ‚die Anatomie der Melancholie‘ von Robert Burton, einem Gelehrten in Oxford. Es ist ein Kompendium, wo das gesamte Wissen der damaligen Zeit akribisch zusammengetragen worden ist, angereichert mit eigenen Erfahrungen und Introspektion. Das Werk ist heute noch, allerdings in einer gekürzten Fassung, im Buchhandel erhältlich. Burton betont, dass kein Mensch – und mag er noch so weise, glücklich oder geduldig sein – von melancholischen Stimmungen verschont ist. Aber „je nachdem, wie



Abb.2: Kupferstich *Melencolia I* von Albrecht Dürer (1471-1528)

der schwarze Gallensaft in den Menschen anschwillt oder abebbt, wie ihre leibliche Konstitution oder Kraft der Vernunft Widerstand zu leisten vermag, sind sie mehr oder minder angegriffen. Denn was dem einen ein blosser Flohbiss ist, verursacht einem anderen unerträgliche Qual; was der eine durch eigene Mässigung und gefasste Haltung glücklich überwindet, hält ein anderer ganz und gar nicht aus ...“ (Burton 2001, 85) Interessant ist die starke Verknüpfung von Körper, Seele und Geist, und es gibt Textstellen, die uns an Sigmund Freud denken lassen, denn in Kränkungen und Verlust sieht er mögliche Auslöser für die Melancholie.

Burton erwähnt auch die Selbsttötung, die zur damaligen Zeit geächtet war und massive wirtschaftliche Sanktionen für die Hinterbliebenen zur Folge hatte. Er lässt die Frage offen, ob es rechtens ist, wenn ein Mensch dies tut, äussert aber klar Verständnis für den Kranken, der aus seinen elenden und verdrießlichen Lebensumständen, gegen die sich kein Heilmittel finden lässt, schließlich die Erlösung im Tod sucht (Solomon 2001, 305).

In der Aufklärung: Empirie und Nervenheilkunde

Wir haben gesehen, dass Depression und Melancholie dem jeweiligen Zeitgeist unterworfen sind, was sich auf die Inter-

pretation und Beurteilung des Phänomens ausgewirkt hat. Durch die Schriften von *René Descartes* (1596 - 1650) kommt es zunehmend zu einer Trennung von Glauben und Wissen, was das naturwissenschaftliche Weltbild prägen wird.

Die Heilkunde macht sich auf die Suche nach den Ursachen der Symptome, die Lehre von der schwarzen Galle, die ja nie gefunden werden konnte, muss definitiv ihren Abschied nehmen.

Zur Zeit der **Aufklärung** werden dem Nervensystem und dem Gehirn zunehmend eine Vormachtstellung eingeräumt, wodurch die Melancholie zu einer Erkrankung des sinnlich reizbaren Seins des Menschen wird. Die psychischen Krankheiten werden zu einem medizinischen Fachgebiet, der Begriff Psychiatrie (Heilkunde der Seele) wird von Christian Reil, einem deutschen Arzt zu Beginn des 19. Jahrhunderts, geprägt.

Als *Philippe Pinel* 1793 zum Direktor der Pariser Irrenanstalten ernannt wurde, schaffte er Ketten, physische Gewalt und Dunkelheit ab. Vom damaligen Gefängnisgouverneur nach den Gründen gefragt, verbunden mit der Anmerkung, ob er nun selber verrückt geworden sei, soll er geantwortet haben: „Ich glaube, dass diese Menschen mit Freiheit und frischer Luft zu heilen sind.“ (Yovell 2004, 259) Ganz wird er diese Aussage nicht einhalten können.

Schauen wir konkret bei der Melancholie, wie er diese behandelt hat. „Bedenkt man“, sagt er, „welches die häufigsten Ursachen sind, so wird es einleuchten, dass eine dauerhafte Besserung, eine glückliche Ablenkung der melancholischen Vorstellungen nur erreicht werden kann, indem man auf alle Sinne der Kranken energisch und anhaltend einwirkt ...“ (Starobinski, 58)

Mit Sonnenwärme, lauwarmen Bädern, Wein und Mohnsaft wurde versucht, die Sensibilität des Melancholikers zu wecken; auch der Beischlaf, weil er das stärkste und angenehmste körperliche Gefühl sei, wurde empfohlen. Bei den melancholischen Frauen ein nicht ganz unproblematischer Vorschlag ...

Wie wurde sonst noch versucht, auf die Sinne der Kranken einzuwirken? Oft war es eine Abfolge von einfühlbarem Verständnis und unerbittlicher Strenge, bis hin zur Bestrafung, um auf die seelische Ebene des Kranken, auf seine Gewohnheiten und Neigungen Einfluss zu nehmen. Die Erwartung war, dass der Kranke, der aufgrund der Behandlung sein Verhalten sukzessive verändern muss, neue Lebenserfahrungen machen wird, die seine Sinne erregen, und er so wieder zu seiner Lebensfreude finden kann. Das Verfahren könnte wohlwollend als eine Art ‚pädagogische Psychotherapie‘ benannt werden, bei der zum Teil auch Mechanismen der Konditionierung zu erkennen sind.

Es gab auch brutale Methoden, ich zitiere *Johann Heinroth* (1773-1843), der die Meinung vertrat, dass es darum gehe, „den Kranken einigermassen empfänglich zu machen; denn diese Empfänglichkeit ist das erste, was man bei der Neigung des Kranken zur Insichversunkenheit zu erwecken und zu erhalten suchen muss, es koste übrigens, was es wolle.“ (Starobinski, 70) Koste es, was es wolle – zu den qualvollen Methoden gehörten das Bürsten der Fußsohle, Niesmittel, Brennnessel bis hin zu eiskalten Duschen und dem Drehstuhl.



Abb.3: Darstellung einer psychiatrischen Maßnahme

Auf dieser Maschine wurden die Geisteskranken zum Teil so lange herumgedreht, bis ihnen Blut aus Mund, Nase und Ohren lief. Wir können uns vorstellen, dass oft bereits die Androhung einer dieser Methoden gereicht hat, um den Kranken zu einer Verhaltensänderung zu zwingen.

In der Frühphase der Erkrankung wurden als Form der Erholung und zur geistigen Ablenkung Aufenthalte auf dem Lande oder

ausgedehnte Reisen empfohlen, besonders beliebt war der Mittelmeerraum. Bei reichen Engländern kamen diese Reisen zur Behandlung der sogenannten ‚englischen Krankheit‘ geradezu in Mode. Von Jean-Jacques Rousseau wird erzählt, er habe sich einen englischen Namen zugelegt, als er von Melancholie ergriffen durch Europa gereist ist, denn sonst wäre es nicht die echte Krankheit gewesen!

Ebenso Badekuren waren als Form der Zerstreuung ein gängiges Hilfsmittel. Vermutlich waren diese wohlgemeinten Behandlungsformen nur bei leichten depressiven Verstimmungen heilsam, wenn überhaupt.

Psychiatrie und Psychotherapie: Zusammenwirken von Körper, Seele und Geist

Der jungen **Psychiatrie** wird es zum Anliegen werden, die Krankheitsbilder zu systematisieren. Jean-Pierre Falret hat bereits um 1840 die ‚folie circulaire‘ beschrieben, die bipolare Störung. Später ist es insbesondere *Emil Kraepelin*, der die psychiatrischen Krankheitsformen geordnet hat, eine wichtige Grundlage dazu war ihm die Beobachtung am Krankenbett. Die Melancholie verlor bei ihm ihre „Berechtigung als Krankheitsform“ (Kraepelin 1920, 517) und wurde zu einem Zustandsbild, das gekennzeichnet ist durch eine „traurige oder ängstliche Verstimmung, zu der sich in der Regel auch Wahnbildungen im Sinne der Versündigung oder Verfolgung hinzugesellen.“ (Kraepelin 1920, 516) Die Depression wird bei ihm als ‚Verstimmung‘ genannt, die eine ‚Störung des Gefühlslebens‘ ist und somit eine Erscheinungsform des Irreseins darstellt.

Zur Behandlung empfiehlt er neben anderem die Medikation mit Opium wegen seiner beruhigenden Wirkung. Das

Opium hatte lange einen wichtigen Platz in der Behandlung von psychischen Erkrankungen, doch zunehmend kam auch die Frage auf, was wohl gefährlicher sei: die Opiumeuphorie oder die Depressionsdisphorie.

Parallel zu Kraepelins Systematisierung lief die Entwicklung der Psychoanalyse. *Sigmund Freud* veröffentlichte 1917 die berühmte Schrift ‚Trauer und Melancholie‘. Er vertritt darin die Meinung, dass Trauer und Melancholie Reaktionen auf Verlust seien, wobei es sich bei der Melancholie meist um einen „dem Bewusstsein entzogenen Objektverlust“ (Freud 1975, 199) handle. Auslöser können neben Tod auch Kränkungen und Enttäuschungen sein. Die Symptomatik der Melancholie weise dieselben Züge auf wie die Trauer, bis auf einen einzigen Unterschied: Bei der Melancholie ist das Selbstgefühl gestört, bei der Trauer nicht. Somit wird bei der Trauer die Welt arm und leer, „bei der Melancholie ist es das Ich selbst“ (Freud 1975, 200). Wie kommt es zu dieser Entwicklung? Durch die Kränkung oder Enttäuschung seitens einer geliebten Person wird die Objektbeziehung erschüttert. Dieser Konflikt wird nicht in der Beziehung mit der geliebten Person ausgetragen, sondern ins Ich verlegt. Hier geschieht eine Identifikation mit der Person, von der man kritisiert wurde, und aus dem Objektverlust geschieht ein Ichverlust. Dies erklärt beispielsweise, warum Emotionen von Feindseligkeit wie Hass gegen sich selber gerichtet werden und nicht gegen den Verursacher, die sich im Extremfall bis zur Suizidalität steigern können.

Die psychoanalytischen Konzepte werden im 20. Jahrhundert weiterentwickelt und andere psychotherapeutische Schulen entstehen.

Auch *Viktor Frankl* hat in der ärztlichen Seelsorge ein Kapitel der ‚Psychologie der Melancholie‘ gewidmet. Er beschreibt die endogene Depression als eine ‚vitale Baisse‘ und das melancholische Erleben als das Resultat „einer Auseinandersetzung des Menschlichen im Menschen mit dem Krankhaften in ihm“ (Frankl 1987, 254). Denn die vitale Baisse verursacht ein Insuffizienzgefühl, da der Erkrankte erlebt, wie er das, was er soll, nicht mehr kann. Dieses Insuffizienz erleben löst Schuldgefühle aus, führt zu Selbstvorwürfen. Dies kann sich zu einer Wertblindheit sich selber gegenüber steigern, die später auch die Umwelt ergreifen wird. Der Depressive erlebt sich als wertlos und das Leben als sinnlos.

Auch im Bereich der **Neurowissenschaften** und der Biochemie werden neue Erkenntnisse gewonnen, 1955 wurde beispielsweise die Transmittertheorie formuliert. Von nun an geht die Weiterentwicklung rasant vorwärts.

Die ersten Antidepressiva kamen anfangs der 50er Jahre auf, übrigens durch einen Zufall: Bei einer Gruppe von Patienten, die an Tuberkulose erkrankt waren, fiel auf, dass sich unter einer neuen Medikation zwar nicht deren Erkrankung verbesserte, aber deren Stimmung. 1954 wurde die Hypothese formuliert, dass Serotonin einen Einfluss auf das Gefühlsleben haben könnte. Zahlreiche Forschungsarbeiten werden unternommen, gefolgt von der Entwicklung verschiedener Medikamentengruppen; auch die antimanische Wirkung von

Lithium wird wieder entdeckt. Zu den neuen Behandlungsmethoden gehören Schlafkuren (mit Somnifen), bei den therapieresistenten Depressionen die Elektroschockbehandlungen und etwas später die Infusionsbehandlungen.

Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen gehören Depression und Manie zur Gruppe der affektiven Störungen, die durch die Nennung spezifischer Symptome beschrieben und unterteilt wird. Der Begriff Melancholie wird nur noch bei der schweren depressiven Episode erwähnt, somit ist er weitgehend aus dem klinischen Alltag verschwunden.

Auf unserer Reise durch die Geschichte sind wir in der **Gegenwart** angekommen.

Die Depression ist heute eine sehr häufige Krankheit, es wird davon ausgegangen, dass etwa 5% der Gesamtbevölkerung derzeit an einer Depression leidet.

Neue Forschungsergebnisse zeigen auf, dass psychische Erlebnisse sich auf neurobiologische Prozesse auswirken. Beispielsweise wurden bei Depressionen erhöhte Cortisol-Werte gefunden, und man weiß, dass die Cortisolausschüttung eine Reaktion des Gehirns auf Stresserfahrungen ist. Dies sind relevante Zusammenhänge, die einen Einfluss auf die Behandlungsmethoden haben. Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung von Depressionen zeigen, dass eine Kombination von Psychotherapie und antidepressiver Medikation die besten Resultate erzielen, deutlich besser als die Medikation alleine.

Zur Depression haben wir heute einen reichen Wissens- und Erfahrungsschatz. Er ermöglicht uns ein vorurteilsfreies Annehmen der Depression als einer Seinsweise des Menschen. Bei ihrer Behandlung ist es äußerst wichtig, alle Dimensionen des Menschseins zu berücksichtigen und einzubeziehen.

Literatur

- Ackerknecht E (1985) Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: Ferdinand Enke
- Aristoteles (1991) *Problemata Physica*. Berlin: Akademie Verlag
- Bunge G (1989) *Akedia. Die geistliche Lehre des Evagrius Pontikos vom Überdruß*. Köln: Luth-Verlag
- Burton R (2001) *Die Anatomie der Melancholie*. Frankfurt/Main: Dietrich'sche Verlagsbuchhandlung
- Flashar H (1966) *Melancholie und Melancholiker in den medizinischen Theorien der Antike*. Berlin: Walter de Gruyter
- Frankl V (1987) *Ärztliche Seelsorge*. Frankfurt: Fischer
- Freud S (1975) *Psychologie des Unbewussten, Band III*. Frankfurt: Fischer
- Hell D (2002) *Die Sprache der Seele verstehen*. Freiburg: Herder
- Klibansky R, Panofsky E, Saxl F (1990) *Saturn und Melancholie*. Frankfurt: Suhrkamp
- Kraepelin E (1920) *Psychiatrie*. Leipzig: Johann A. Barth
- Soloman A (2001) *Saturns Schatten*. Frankfurt: Fischer
- Starobinski J *Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900*. Basel: Documenta Geigy
- Yovell Y (2004) *Der Feind in meinem Zimmer*. München: Goldmann

*Anschrift der Verfasserin:
lic.phil. Brigitte Heitger-Giger
Mezenerweg 12
CH – 3013 Bern
brigitte.heitger@bluewin.ch*

„Aus dem Leben fallen“

Eine Einstimmung ins Tagungsthema

Lilo Tutsch

*Wenn niederer Himmel schwer wie Deckels Last
Den Geist erdrückt, den lang Verdruß befißt,
Des Horizontes ganzen Kreis umfaßt
Und Tag noch schwärzer als die Nacht erbricht;...
(Charles Baudelaire)*

Der Vortrag will das Erleben in der Depression fühlbar werden lassen. Dazu werden Textstellen aus der Literatur hinzugenommen, die geeignet scheinen das Erleben zu veranschaulichen. Es ist nicht das Anliegen dieses Textes, Schriftsteller in ihren Depressionen oder depressiven Empfindungen zu zeigen oder gar zu analysieren, wenngleich es sich bei der Mehrheit der Autoren durchaus um den künstlerischen Ausdruck depressiver Welt- und Selbstsicht handelt und eben gerade Künstler in unvergleichlicher Weise die Gabe besitzen, in „ihrer“ Depression der Tiefe des Erlebens Ausdruck zu verleihen und dieses in die Existenz hinein zu gebären.

*Die Wolken niedrig und flach wie ein Deckel senken
sich auf den Geist.
(Charles Baudelaire)*

Eingeschraubt der Kopf und eingeschränkt das Denken. Von quälenden Gedanken angefallen, denkt es nach innen, dickflüssig grübelnd abwärts in eine undurchdringbare Leere ohne Tiefe, eingekreist der Inhalt, der sich dem Denken gibt ohne Ende immer wieder bis alle Gedanken sich verknoten. Rückzug bis hinein ins Wort.

Die Mühsal des Lebens entspringt der Kraftlosigkeit und dem körperlichen Krankheitsgefühl. Träge alle Körperfunktionen. Lastende Schwere in jeder Muskelfaser, blutleer die Adern, Bedrückung auf der Brust, korsetthaft die Hornhaut des nicht Gelebten, die den Atem nimmt. Verstopft bis in die Poren, aufgequollen ohne Inhalt und doch verdorrt bis in die Knochen.

Nichts funktioniert von selbst – alles ist erst noch zu leisten. Schwere Müdigkeit – doch der Schlaf als Ausweg ist verwehrt:

... jene ... Müdigkeit, (die sich auswirkt) in einer Lähmung, aus der heraus in der Regel nicht einmal ein Krümmen des kleinen Fingers ja kaum ein Wimpernzucken möglich war, selbst das Atmen schien ins Stocken geraten, so daß man sich erstarrt bis ins Innerste fühlte ... und wenn doch einmal der Schritt ins Bett geschafft wurde, dann kam es, nach einem schnellen, ohnmachtsähnlichen Wegschlafen – ohne Empfindung von Schlaf – beim ersten Umdrehen zum Aufwachen

hinein in die Schlaflosigkeit ... sodaß er Dasein, beim besten Willen, nur noch als Unglück, jedes Handeln als sinnlos, jede Liebe als lächerlich sehen kann ... (Daliegen) bis hinein ins Fahllicht des Morgengrauens das ihm Verdammnis bedeutet ... Die ersten Vögel noch in der Finsternis – wie österlich sonst oft – wie hohnvoll aber nun hereinschrillend – „wieder-eine-Nacht-ohne-Schlaf“. Das Schlagen der Kirchturmuhren jede Viertelstunde gut vernehmbar auch die entferntesten, als Ankünder wieder eines üblen Tages.

(Peter Handke)

Unbezwingbar mächtig droht das Müssen aus dem Tag herein und wirft seine Schlagschatten zurück ins Innere: Die Schuld, die Unfähigkeit, die Minderwertigkeit – sie sprechen aus, was dumpf und quälend im Gefühl:

du bist zu schwach, zu schlecht, zu dumm, nichts wert, bist eine Last, hast alles falsch gemacht, was andere können kannst du nicht.

Jeden Morgen Furcht vor dem kommenden Tag, vor jeder Art von Forderung, die an einen gestellt wird. Jeden Gegenstand, den man berühren muß, voll Abneigung und Feindseligkeit wissen, jeden Handgriff in der Gewissheit tun, daß er falsch gerät. Zu nichts eine Liebe aufbringen, kein Zutrauen zu irgendeiner Leistung, weil man das einzige noch nie zu leisten imstande war, dies, sich so zu verändern, daß man geliebt würde.

(Christine Lavant)

Der Tag kriecht rückwärts. Morgenfrische lässt erst der Abend ahnen. Das Müssen hockt ihm schwer im Nacken. Albenhafter Druck, der allem zur Last wird, dem Willen, dem Gefühl, der Lust wie dem Verlangen, sogar dem Wunsch, treibt in beständiges, nicht zur Lebendigkeit des Handelns kommendes Hinbrüten zwischen müssen und nicht können. Sitzen, quälen, schämen, nichten, nichts schließt sich auf, nichts kann entschieden werden.

In unüberwindbare Grenzen eingeschlossen wird jeder Ort zur Qual.

Ruhelos erfolgt der Stillstand – ein Angebot zuerst das Leben neu zu denken – doch kommt die Botschaft meist zu spät, schon ausgeschlossen aus der Welt und aus sich selbst, steht alles still: es ist zu spät, nie wieder wird es besser sein.

Leblos mitten im Leben – außerhalb des Lebenslaufes –

VORTRAG

wird Ewigkeit zur Endlosigkeit.

*Restlos mir selbst entglitten
ohne die Hoffnung, je
mich in der Welt,
die Welt in mir
zu retten.
(Ernst Kostal)*

Nur das Gefühl der Gefühllosigkeit bewirkt Verzweiflung noch in ihm.

*Soviel Erloschenes, soviel Verödetes
nichts
spricht mehr aus mir ...
(Ernst Kostal)*

Jetzt droht das Scheitern. Alles scheint vergeblich, sinnlos, nichtig, nicht geglückt. Zweifel am eigenen Wert werden zur Gewissheit und schütten die letzte Kraft in die Selbstvernichtung. *Ganz in der Tiefe Seinsschuld, aus der Gewissheit, dass man im Grunde nie erfüllen kann was der Anspruch je verlangt (Christian et al.)*. Solch eine Schuld ist nicht zu tilgen, so jemand ist dem Untergang geweiht.

Das Unmögliche zu leisten, sich nichts zu nehmen, nichts zu gönnen, Zuspruch zu entkräften, Lob zu verwerfen, Anerkennung zu misstrauen, ist ein Versuch die Schuld zu tilgen, nur so wird ihm vielleicht verziehen.

Ein letztes Klammern an Vergangenes – ans „Damals“, aus dem kein Weg in eine Zukunft führt. Doch bleibt ihm auch Vergangenes nicht als ein „Gut“ bewahrt: Das „hätt´ ich doch“ entfacht ein Sehnen nach verlorenen Möglichkeiten, führt in ein rückwärts wünschen. *Vergangenheit nur als Vacatwucherung einer entleerten Gegenwart (Tellenbach)*.

Ein Bettler vor der Tür zum Leben, zuerst noch bittend, dann schon resigniert, dann dumpf nur wartend weil ihn nichts mehr rührt.

Die Welt der Anderen, sie rückt in unerreichbare Ferne, steht strahlend sonnig provokant vor ihm. Ein Hohn, denn diese Welt – sie ist ihm nicht zuteil, nie wieder wird sie seine sein. Nur was er schuldig blieb verbindet ihn mit ihr.

Die eigene Welt ist stumpf und grau. Nichts interessiert, ein jeder Schritt führt abwärts. Was je begonnen geht zugrunde. In dieses Nichts zerrinnt das Leben. Es lässt ihn fragen, ob Selbstmord nicht Erlösung ist.

*Aus Schattenreichen sogst Du
einst die Kraft
den Tod im Sein
das Sein im Tod zu leben.
(Ernst Kostal)*

Und doch – ein letzter Schrei der Hoffnung – das Sein im Tod zu **leben!** Nicht nur ein Sehnen nach Ruhe, *nicht nur die Hoffnung, dass die Schuld über ein Dasein dessen Geburt er*

als Unglück erlebt und dessen Leben für alle Mühe bedeutet damit getilgt ist? Nicht nur ein Schenken des Segens des Vergessens an die die man liebt? (Georg Heym) Nicht nur Erlösung von der Qual, sondern auch Hoffnung auf Leben?

*Du pflügst
mein Totsein um
und senkst
frische Saat
in die Furchen
(Ernst Kostal)*

Literatur

- Baudelaire C (1976) Die Blumen des Bösen. Frankfurt am Main: Insel
Christian P, Heinrich K, Perrez M, Revers WJ, Tellenbach H, Wyss D (1983) Schwermut. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 2, 31, Freiburg, München: Karl Alber
Flaubert G zitiert in: Lambrecht R (1994) Melancholie. Reinbeck: Rowohlt
Handke P (1989) Versuch über die Müdigkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp
Heym G (1989) Der Tod der Liebenden. In: Willemsen R: Der Selbstmord. München: dtv
Kostal E (1981) Zeit-Hemissphären. Gedichte. Baden bei Wien: G. Grasl
Lavant Ch (2002) Aufzeichnungen aus einem Irrenhaus. Salzburg, Wien: Otto Müller, 3^o
Tellenbach H (1987) Psychiatrie als geistige Medizin. München: Verlag für angewandte Wissenschaften

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Lilo Tutsch
Einwangasse 23/11
1150 Wien
lilo.tutsch@existenzanalyse.org*

In ihrem Beitrag zeigt die Leiterin des Therapeutikums der Plastischule am Goetheanum in Dornach (CH) anhand einiger beispielhafter Bilder auf, wie sich die Auseinandersetzung und Bewältigung des Depressiven in den Werken Ferdinand Hodlers und Eduard Munchs erahnen lässt.

Die Macht der Nacht

Elke Dominik

Das Thema, das uns bei der folgenden Betrachtung einiger Bilder leitet, ist die Darstellung des Dunkels, der Schatten und der Nacht.

Grundsätzlich gilt, wo ein Schatten ist, muss auch Licht sein. Es zeigt sich in den Darstellungen der Künstler ein Unterschied zwischen den Schatten draußen - den optischen - und den Schatten aus der eigenen Seele, ebenso dem Licht im eigenen Innen im Unterschied und Gegensatz zum Licht draußen.

Wir können davon ausgehen, dass jeder Mensch sein *eigenes* Dunkel hat, sein *eigenes* Licht. Jeder hat seine individuelle Dunkelbegegnung und Dunkelerfahrung, die ihn sogar als Krankheitsgeschehen überwältigen kann. Die verschiedensten Dunkelbereiche stellen sich uns als Forderung, durch sie erlebend, erfahrend hindurch zu gehen - selbst in unserer Zeit bleibt dies eine der aktuellen Aufgaben und Prüfungen des Lebens. Wie gehen Künstler mit dieser Herausforderung um, nonverbal, mit Farbe, mit Gestaltung? Einige der Künstler des so genannten Expressionismus haben solche Stationen durchschritten und in ihren Bildern eindruckliche Auseinandersetzungen gestaltet.

Für den Beitrag hier am Kongress in Bern habe ich zwei Maler ausgewählt: den Berner Ferdinand Hodler und den Norweger Eduard Munch.

Der Maler Ferdinand Hodler hat schon in der Kindheit eindruckliche Begegnungen mit dem Tod. Er bringt als 14-jähriger seine auf dem Feld gestorbene Mutter mit dem Schubkarren nach Hause. In einem gewaltigen Bildfries „Die Nacht“ schafft er im Zentrum eine mächtige Dunkelballung, wie einen Berg, die ihn im Schlaf bedroht und erschreckt. Der „dunkle Genius“ wie er ihn selbst nennt, der Tod, begleitet ihn durch das ganze Leben.

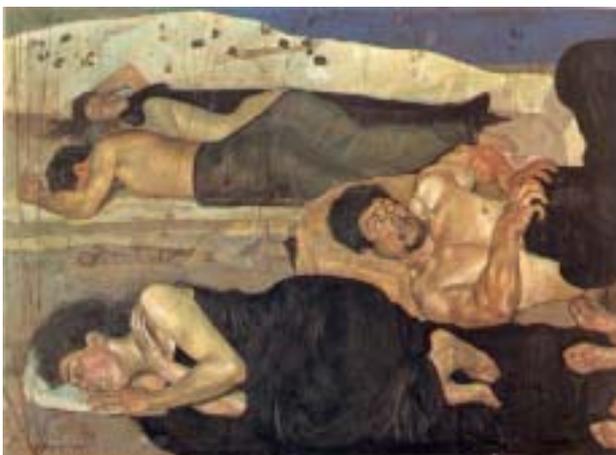


Abb.1: Ferdinand Hodler: „Die Nacht“



Abb.2: Ferdinand Hodler: „Wilhelm Tell“

Doch entstehen bei Hodler durch seine starken inneren Energien der Bewältigung, die etwas von der Kraft des Urgesteins haben und sich bildhaft als „Lichtenergien“ zeigen, Gestaltungen wie beispielsweise der „Tell“: Frische Schöpfung entspringt aus der Gewalt der Auseinandersetzung, stärkste Ich-Intension in der Kraft

der Linie, bewusste Wachheit – Sieg. Durch dramatisch aufsteigende Spannungsdiaagonalen den Raum nach hinten aufreißend, eröffnet Hodler so etwas wie einen freien Blick in die Ewigkeit.

Dagegen Eduard Munch: Er erlebt den Durchgang durch die Dunkeltiefen des menschlichen Innern indem sich ihm Seelenabgründe eröffnen, mit denen er sich ein Leben lang ringend auseinandersetzt. Er erlebt ebenso intensiv das elementare Hell-Dunkel der nördlichen Natur, wie den Kampf von Hell-Dunkelkräften im Menschen-Innern.

Sein berühmtes Bild, „Der Schrei“ ist künstlerisch ein Durchbruch, ein Ereignis in der Biografie seiner Bilder. Er realisiert in freien Linien und Linienbewegungen, die



Abb.3: Eduard Munch: „Der Schrei“

im dramatischen Finale zueinander die Seele in jene Schwingungen bringen, die uns heute noch treffen, ein geheimnisvolles Geschehen: Landschaft wird Seelenlandschaft, Bild innerer Vorgänge, Schicksalsort.

Munch erlebt die Schatten nicht als Gegenstandsschatten, sondern als Bedrohungen. Dunkel wird dämonisch-wesenhaft. Solche Schatten steigen auf in der Begegnung mit andern



Abb.4: Eduard Munch: „Vampir“

Menschen, die ihm schmerzliche Erfahrungen sind.

„Der Kuss“ heißt für ihn eintauchen in einen Dunkelraum, in dem er sich selbst verliert. Dort wird es zu einer Begegnung mit dem Tier „Vampir“, dort ist es auch das Erwachen für die Begegnung mit den Dunkelzonen der Schicksalsignatur.



Abb.5: Eduard Munch: „Mondschein“

Das Bild „Mondschein“ lässt eine unentrinnbare Fixierung im Nacht-Raum durch eine bannend-eherne Prägung einer markanten Hell-Dunkelsetzung spürbar werden.

Oder wachsende Angst im Bildgeschehen „Pubertät“.



Abb.6: Eduard Munch: „Pubertät“

Im Werk von Munch wird als Zeitforderung die Verwandlung des Dunkels greifbar. In einem gewaltigen Akt der Befreiung, der Überwindung, entstehen bei Munch die so genannten „Sonnenbilder“: Sonnenkraft in lichtester Helligkeit, „Weisheit“ als kraftvolles Bildzentrum zeigen eine Öffnung in einen fernen Raum, in welchem Quelle und Ausstrahlung eins sind.



Abb.7: Eduard Munch: „Sonne“

Der Weg dieser Künstler führt auch uns zur Frage: Wie können wir die innern Lichtkräfte stärken, um die notwendigen Dunkeldurchgänge zu bewältigen? Als Zielbilder können Hodlers „Tell“ und Munchs „Sonne“ vor uns stehen!

*Anschrift der Verfasserin:
Elke Dominik
Dorneckstr. 64
CH-4143 Dornach*

Eine literarische Falldarstellung aus dem Emmental

Gotthelfs Roman „Anne Bäbi Jowäger oder wie Anne Bäbi haus-
haltet und wie es ihm mit dem Doktern geht.“

Rodolphe Leuenberger

Es wird dargestellt wie ein Berner Dichterpfarrer, Jeremias Gotthelf, vor über 160 Jahren in seiner Dichtkunst einfühlsam und sprachgewaltig psychopathologische Entwicklungen, insbesondere diejenigen unterschiedlicher Depressionsformen bei drei verschiedenen Romanfiguren mit je unterschiedlichen personalen Konfigurationen, veranschaulicht, und uns damit Krankheitsbilder vor Augen führt, welche die Psychologie und Psychiatrie erst viel später diagnostisch erfasst hat. Er hat ihren phänomenologischen Gehalt in grossartigen Sprachbildern sichtbar gemacht.

Schlüsselwörter: *Depression, lit. Falldarstellung*

The article shows how a poet and minister from Bern, Jeremias Gotthelf, depicted psychopathologic developments with empathy and linguistic power, in particular those of various forms of depression in three of his literary characters within their individual personal configurations. He puts before our eyes pathologies that were only much later diagnostically defined in psychology and psychiatry. At the same time he illustrates their phenomenological content in magnificent metaphors.

Key words: *Depression, literally case study*

Einleitung

Zum Abschluss des Kongresses soll der bekannteste Berner Dichter vorgestellt werden: **Jeremias Gotthelf**. Damit wird auch ein kleiner Beitrag zu seinem 150. Todesgedenkjahr geleistet, ein internationaler Kongress zu Ehren des Dichterpfarrers wird im Herbst in Bern stattfinden.

Zur Einstimmung stelle ich Ihnen die Kurzbeurteilungen von vier bekannten Schriftstellerkollegen vor:

Gottfried Keller bekannte: *„Gotthelf war ohne Ausnahme das grösste epische Talent, welches seit langer Zeit und vielleicht für lange Zeit lebte.“*

Hermann Hesse äusserte sich so: *„Es hilft nichts, man kann sich um Gotthelf nicht drücken.“*

Robert Walsers Worte waren: *„Wie viel Nobelpreisbegränzte werden schon lange vergessen sein, wenn Jeremias Gotthelf noch in aller Gemütlichkeit fortexistiert.“*

Und die Thomas-Mann-Kurzfassung lautet: *„Dieses grossartige, alles sprengende Literarische Phänomen.“*

Kurzbiografie

Das Biografische möchte ich nur kurz streifen: Geboren wurde Gotthelf als Pfarrerssohn 1797 in Murten, mit acht Jah-

ren kam er nach Utzenstorf im Berner Mittelland, wo er als Kind schon ins bäuerliche Leben und Handeln einwuchs und alles Vieh selbst besorgte. So vereinigte Gotthelf später städtische Pfarrhausbildung mit bäuerlichem Wissen und Handeln. Er studierte Theologie, diente viele Jahre an verschiedenen Stellen als Vikar und wurde schliesslich 1832 in Lützelflüh im Emmental als Pfarrer gewählt, wo er bis zu seinem Tode 1854 seine Bauerngemeinde als verstehender Seelsorger in allen existentiellen Nöten und auch Freuden begleitete.

Hier schrieb er auch seine Romane und Erzählungen. Es sind großartige Epen bernischen Volkstums, die aus volks-erzieherischen Impulsen entstanden sind, ohne literarisch-ästhetische Absicht, sondern vielmehr christlich-ethisch begründet. Es ist keine geschliffene, wohlproportionierte Sprache, sie strömt urtümlich daher wie ein Bergbach, getrieben vom Eifer, höchste sittliche Werte zu vermitteln. Dabei stellen sich dem Leser oft auch erschwerend die unerwarteten, unmittelbaren Zuflüsse von alten, heute nicht mehr gebräuchlichen Berner-Mundartbrocken oder gar ganzen Mundartdialogen in den Weg, die öfter den Gebrauch eines Wörterbuches notwendig machen. Was ich bildlich als Daherströmen der Sprache bezeichne, findet seine Bestätigung in Aussprüchen Gotthelfs, in denen er bekennt, dass das Schreiben über ihn

komme, er nicht Herr seines Erzählens sei, und was vor allem auch Friedrich Dürrenmatt imponiert haben soll: es findet sich in Gotthelfs Handschriften sehr selten ein gestrichenes Wort, auf 500 Seiten nicht einmal drei Dutzend ... Der große Sprachwissenschaftler des 19. Jahrhunderts, Jacob Grimm, äußerte, Gotthelf kämen „*an sprachgewalt und ein-druck in der lesewelt heute wenig andere gleich.*“

Nun zu Anne Bäbi Jowäger: Der Referent wählte die Vorstellung dieses Romans im Kontext zum Kongressthema, weil ihm bei der Lektüre desselben vor Jahren die eindruckliche Schilderung von verschiedenen Depressionsentwicklungen und – Formen in lebhafter Erinnerung geblieben ist und darauf wurde zurückgegriffen, als die Anfrage erfolgte etwas zu diesem Thema zu präsentieren.

Entstehungsgeschichte des Romans

Und welches war die Motivation bei Gotthelf, diesen Roman zu schreiben? Das verhielt sich folgendermaßen: Der Berner Regierungsrat beauftragte die Sanitätsdirektion im Jahre 1842 in einer populären Schrift das Volk vor den Gefahren, die von medizinischen Kurpfuschern oder Quacksalbern drohte, zu warnen. Man wandte sich an Gotthelf; er zögerte, aber schließlich entstand nicht nur eine handliche trocken-belehrende kurzgefasste Warnschrift, sondern ein über 800 Seiten starker Erziehungsroman, das Anne Bäbi Jowäger.

Wir folgen nun in mehr oder weniger langen Schritten der Handlung, die uns zu vier verschiedenen depressiven Episoden führt, bei denen wir jeweils etwas verweilen wollen.

Einstieg in die Handlung

Die Bauersleute Anne Bäbi und Hansli heiraten in bereits vorgerücktem Alter, es ist eine Zweckheirat; ihnen wird ein Sohn geboren, Jakobli, das Ein und Alles seiner Mutter, Ihr Besitz, über ihn wird verfügt und: ein begabteres schöneres und manierlicheres Kind ward nie gesehen. Zur erweiterten Familie gehören dazu eine Magd, Mädi, und ein Knecht, Sami.

Die häusliche Grundstimmung wird im Roman einmal so charakterisiert: „*Hansli Jakobli Jowägers Haus war eins von den sehr vielen, wo es ist, als ob immer die gleiche trübe Wolke auf ihnen sich lagere, die Sonne nie recht durchscheinen möge. Sie hatten von allem mehr als genug, hatten keinen eigentlichen Streit, nicht Unfrieden, kein Laster, und doch fehlte das rechte Lebensglück, fehlte fröhliche Heiterkeit, liebliche Freundlichkeit. Das Weibervolk war reizbar und voll Kifel (das heißt Gezänk), das Mannevolk schweigsam und nahm das Weibervolk kaltblütig; daher ward wenig gelacht, alles ging seinen Trab, über Tisch ward wenig gesprochen, und wenn es nur nicht donnerte und blitzte, so war man froh und misste nichts, denn man war es so gewohnt, nahm Sauersehen für Freundlichkeit.*“

Dies also das für Depressionen fruchtbare Erdreich!

Jakobli wird krank, wir finden eine blumig-präzise Darstellung einer Pockenerkrankung, die nur ein knappes Über-

leben mit Erblinden eines Auges gewährt.

Erste Depression

Für Anne Bäbi bricht eine Welt zusammen, ihr schönes Kind verunstaltet, nicht mehr präsentabel, und daran hatte sie ihren Teil, denn erstens ließ sie es nicht gegen Pocken impfen (ich erinnere daran, dass ein Jahr vor Gotthelfs Geburt, 1796, der Engländer Edward Jenner die erste Kuhpockenimpfung durchführte, welche gegen die menschlichen Pocken eine Immunität ermöglichte), und zweitens schlug sie die Anweisungen des viel zu spät beigezogenen Arztes in den Wind, das heißt sie ließ die pflegende Magd Mädi nach deren wechselnden therapeutischen Überzeugungen weiterpfuschen. Anne Bäbi ist in Frage gestellt, muss sich Kritik gefallen lassen, ihre narzisstisch-selbstgefällige Herrschernatur ist erschüttert, ihr Selbst ist bedroht und im Text heißt es: „*es kam in ein Leid, welches ihm fast das Herz zerreißen wollte.*“

Wir stehen vor der ersten depressiven Episode mit suizidalen Gedanken; der alte Gemeindepfarrer, der den rekonvaleszenten Jakobli besuchen kommt, erkennt den bedenklichen Zustand von Anne Bäbi, das bekennt: „*Ich muss sagen, ich weiß manchmal nicht, wo ich sein will, und es ist mir schon manchmal Angst geworden ich mache was Lätzes*“ (dies ist der Berner-Ausdruck für Suizid). Und später sagt es noch: „*Ja Herr Pfarrer, es weiß kein Mensch, was es ihm geben kann, und ich hätte es keinem Menschen geglaubt, wenn er mir gesagt hätte, dass ich mir einst vorkommen sollte nicht viel besser als ein Mörder und längs Stück nicht wüsste was besser, Feierabend mache eine schöne Glungge oder ein batzig Hälsig.*“ Das heißt dem Leben ein Ende machen mittels sich ertränken in einem Teich oder sich erhängen mit einem billigen Strick.

Geschickt, mit christlicher Milde, aber auch konsequenten Argumentationen vermittelt der Seelsorger Anne Bäbi einen Halt im Annehmen des Unabänderlichen und meint schließlich: „*Denket daran, ob die Krankheit Euch nicht in ein besseres Verhältnis zu Jakobli gebracht hat, ob Ihr ihn jetzt vielleicht nicht viel besser liebet, und ob sie Euch nicht ein Fingerzeig ist, ihn nicht zu plagen; denn man plaget die Leute vielleicht ebenso oft aus Liebe, als aus Hass.*“ Damit ist wieder deutlich das narzisstisch herrschende, overprotective Verhalten Anne Babis gegenüber Jakobli angesprochen.

Der Roman richtet sich nicht nur gegen ärztliche Kurpfuscherei

Anmerken möchte ich hier, dass Jeremias Gotthelf nicht nur dem Regierungsauftrag gemäß gegen die medizinische Kurpfuscherei und zu Gunsten der rechtlichen, soliden und offiziellen Berufsärzte seinen Roman benützte, sondern er hat auch die Gelegenheit benützt, um die geistliche Kurpfuscherei an den Pranger zu stellen. Der Protagonist dieser Kurpfuscherei ist nämlich der Vikar, der den alten Pfarrherrn in den Amtsgeschäften entlastet; er hört am Mittagstisch, wie sein

Lehrmeister Anne Bäbi und dessen Familie getröstet habe. Erbittert verlässt er den Mittagstisch und schreibt sich seinen tiefsten Ärger in einem Brief an seinen Freund von der Seele, und da kommen Sätze vor wie: *„Vom rechten Fundament der Christen hat dieser Pfarrer keinen Begriff; es ist schrecklich und ich danke Gott alle Tage, dass diese Rasse immer seltener wird. Heute hätte er die herrlichste Gelegenheit gehabt, eine Seele zu zerknirschen und sie Jesu zu gewinnen. Und was macht er? Er geht und tröstet sie.“*

Diese „Zerknirschungstheologie“ eines pietistischen Fundamentalisten (es gibt sie übrigens heute noch) wird später im Roman bei Anne Bäbi zu einer schweren Depression mit zwei Suizidversuchen beitragen.

Zweite Depression

Aber eine vorerst weniger einschneidende Depression treibt die Handlung im Roman weiter: Einfühlsam beschreibt Gotthelf wie Jakobli in eine Art Erschöpfungsdepression versinkt, was nach einer so heftigen langen und zehrenden, fast tödlichen Infektionskrankheit mit Defektheilung gut nachvollziehbar ist, zumal ihm seine Mutter in der Rekonvaleszenzphase wegen ihrer Depression keinen Halt geben konnte.

Dieser Depressionszustand wird so beschrieben: *„Jakobli war eben nicht krank, aber matt, ward müde im Augenblick, und eine gewisse Gleichgültigkeit in seinem ganzen Wesen machte Anne Bäbi am meisten Angst. Er wollte an nichts recht Freude haben, und alles war im recht.“* Es wird weiter geschildert wie er alle Geschenke, mit denen seine Mutter ihn aufheitern wollte, weglegte und sie nie mehr ansah, dass er kaum mehr drei Bissen zu sich nahm, wie sehr sich Anne Bäbi bemühte ihn bäuerlich-gastronomisch zu verwöhnen.

Es kommt immer schlimmer, Anne Bäbi hat nichts gelernt, erneut missachtet es die Verordnungen und Ratschläge des wegen dieser Folgekrankheit konsultierten Arztes, Kurpfuscher haben erneut das Sagen, verkaufen munter immer stärker wirkende Abführmittel, selbstverständlich ohne je den Patienten gesehen zu haben, und Jakobli wird immer schwächer und elender.

Eine Wirtin kennt das Zaubermittel: „Wybe“, das heißt heiraten, das habe schon vielen Männern geholfen.

Narzissmus auf dem Lande

Nun legt sich Anne Bäbi ins Zeug und findet die robusteste und vermeintlich reichste Wunschschwiegertochter, das Zyberlihoger Lisi; diese Geschichte einer Brautwerbung, die ausschließlich zur Festigung und Vermehrung ihres Ansehens und Besitzes betrieben wird, lohnt ein kurzes Verweilen, weil dabei die narzisstische Persönlichkeit von Anne Bäbi eindrücklich herauskristallisiert wird. Erstens das völlige Übergehen ihres Sohnes, das Nichtbeachten seiner Wünsche oder Bedürfnisse, und zweitens ein grotesker Mangel an Selbstkritik, denn nie wird sie zugeben, dass sie von dieser Schwiegertochter in spe voll reingelegt worden wäre (verlangt diese doch in einem Ehevertrag, dass beim Ableben von Jakobli,

mit dem sie bei dem sichtlichen Verfall seiner Gesundheit voll rechnet, die Schwiegereltern Haus und Hof an sie abtreten). Ja, je mehr von außen Kritik und Warnungen laut werden, desto mehr ist Anne Bäbi überzeugt, dass man ihm diesen Glücksfall nicht gönnen möge. Und der Herrschertrieb wird umso stärker je mehr sich Jakobli gegen diese Ehe sträubt. Alle stichhaltigen Gründe seiner Abneigung gegen das grobe und gefühllose Lisi und deren betrügerischen Anhang werden von der Mutter zusammenfassend mit folgender Entwertung des Sohnes kommentiert: *„Was sollte sich e sellige, wie du bist darauf verstehen. So komme mir nicht.“* Und hier nur ein Beispiel von den vielen humorigen Kommentaren von Gotthelf: *„So hatte Jakobli all sein Pulver verschossen und rein umsonst. Wie man Schuss auf Schuss auf ein Rhinoceros schießen kann und noch mit groben Kugeln und es gibt nicht einmal ein Dümpfi (das ist ein Wort für eine Delle) in die Haut, so hatte Jakobli alle seine Schüsse abgefeuert und kein einzig Dümpfi gemacht in Anne Babis Entschluss.“*

Jakobli bleibt nur noch die Flucht in noch tiefere Depression, ein Coping, mit psychosomatischen Störungen, Schlafstörungen, Inappetenz, absolute Passivität und schließlich sogar Wahnvorstellungen, und alle Quacksalber, die Anne Bäbi konsultiert, denen sie ja am meisten vertraut, weil sie das Numinose so gut inszenieren können, vermögen nicht zu helfen.

Was aber Anne Bäbi nicht weiß: Jakobli trägt das Bild eines lebenswürdigen armen Mädchens in sich, dem er zufällig begegnet ist, dem er sich in seiner Schüchternheit auch nie erklären konnte, es ist eine Liebesgeschichte von höchster Poesie und Feingefühligkeit, die ich nicht darstellend zu berühren wage, es wäre gleich dem Berühren eines Schmetterlings, er verliert darob seine Schönheit, dieses Kabinettstück des Dichters lege ich Ihnen zum Selberlesen ans Herz.

Und wie kommt die Mutter zu diesem im innersten Herzen Jakoblis bewahrten Geheimnis? Bei dessen Aufdeckung macht Gotthelf eine Konzession, er verlässt das christliche Weltbild und bedient sich eines magisch-atavistischen Kunstkniffs: Eine Wahrsagerin bringt an den Tag, dass Jakoblis Herz nur für das arme Verdingkind Meyeli schlage, und wenn er's nicht zur Frau bekomme, müsse er sterben und zwar innert einem Jahr. Und nun endlich erwacht Jakobli, kann an seiner Liebe genesen, ermannt sich, wird erwachsen übernimmt selbst Verantwortung für sein Leben und gründet gegen den Widerstand seiner Mutter eine Familie mit seinem Meyeli. Diese ermöglicht durch große Anpassungsfähigkeit und Demut ein einigermaßen zufriedenes ständliches Zusammenleben mit der schwierigen Schwiegermutter. Und noch einmal eine Kostprobe schwiegermütterlicher Machtansprüche, diese zur Belehrung der Schwiegertochter im Umgang mit Ehemann, Schwiegervater und Knecht: *„Lue nume uf mi, wie ich mache, wei si hüst, so wott ih hott, wey si das so wott ih äys u gibe de bim Tüfel nit nah; so geyhts am beste, u de weiß me doch de o, wer Meister ist, u wer z'bifehle het.“* Zu gut deutsch: „Schau nur auf mich, wie ich's mache: wollen sie links, so will ich rechts, wollen sie das, so will ich jenes, und ich gebe dann beim Teufel nicht nach; so geht es am besten, und dann weiß man doch auch, wer Meister ist und wer zu

befehlen hat.“

Dritte Depression

Und nun zurück zum Kongressthema: Das erste Großkind, ein Bublein, wird von Anne Bäbi abgöttisch geliebt, verwöhnt, verhätschelt und verzogen und total abhängig von ihr gemacht. Auch dieses Großkind wird, wie einst ihr eigenes, krank, der Beschreibung nach handelt es sich offensichtlich um Diphtherie; und alles wiederholt sich, kehrt wieder, nichts wurde gelernt, die Kurpfuscher geben ihre Säfte ab, der Arzt wird nicht beigezogen, bis zum bitteren Erstickungstod des Kleinen wird der süße Quacksalbertrank eingelöffelt. Die Reaktionen Anne Babis sind um einiges heftiger als damals bei der Krankheit ihres Sohnes und werden initial so beschrieben: *„Bald war es in stummem Weh befangen, aus welchem plötzlich Töne hervorbrachen, bald einem wilden Geschrei, bald den Ausbrüchen des tiefsten Schmerzes gleich; dann riss es das tote Kind an sich, küsste es, wollte es aufwecken, und wenn es tot blieb, so ergoss es sich in Lästerungen und Redensarten, welche den andren die Haare emportrieben. Umsonst sprachen alle zu ihm, umsonst wollte Meyeli es zu Speis und Trank bereden, beides stiess es von sich, gebärdete sich, als ob mit dem Kinde Himmel, Heil und Seligkeit ihm versunken sei.“* Später folgen Beschreibungen wie: *„Es sass da und nahm sich allem nichts an und hätte nicht gegessen, nicht getrunken, wenn man es ihm nicht aufgenötet; bald brach es in Weinen aus, bald redete es, man wusste nicht was, ob mit sich selbst oder mit dem seligen Bübchen. Des Nachts konnte man es nicht zu Bette bringen, und war es im Bette, so hatte es weder Schlaf noch Ruhe, stand alle Augenblicke wieder auf.“*

Und nun schlägt endlich die Stunde für den frustrierten Vikar, der noch keine einzige bekehrte Seele auf seinem geistlichen Konto verbuchen konnte, er kommt mit seinem Besuch bei Jowägers dem alten Pfarrer zuvor, und lässt seine von Bekehrungssucht erfüllten Worte rücksichtslos auf das wehrlose Anne Bäbi niedergehen; *„Das Kind war Euer Gott, um Eurer Sünde willen musste das Kind leiden und sterben, Eure sündliche Liebe ist Ursache seines Todes. Der Herr wollte Euch die Augen öffnen, wie es einem geht, wenn man sein Herz an Vergängliches hängt.“*

Dann spricht er noch viel von Sünde, Buße, Bekehrung und dem rechten Glauben, den sie nicht habe, ewigem Verlorensein, und seine geistliche Tirade gipfelt schließlich im Vorwurf *„Ja Frau, denket, was Ihr Euch selbst zugezogen habt, denket, vielleicht lebte Euer Kind noch, wenn Ihr bekehrt gewesen, und dass Euch der liebe Gott das Kind hat nehmen müssen, um Euch zu bekehren.“* Und es folgt die Aufforderung: *„Erkennt Gottes Gericht.“*

In Anne Babis eingengtem Bewusstsein bleibt nur noch das Eine haften: Schuld am Tode des Kindes und gerichtet werden und sie wartete auf den Urteilsvollstrecker, verkantete am Tag danach den wiederkehrenden Vikar, der seine Bekehrungsfrüchte ernten wollte, als Gerichtsdieners, der sie abhole; war enttäuscht, dass er nur bete, wieder ging und ihr in folgedessen den Tod nicht gönne.

Was darauf hin geschah, schildert Hansli dem eiligst herbeigerufenen Pfarrer: *„Denket, my Frou, mys Anne Bäbi, het si welle häyche, u wo das nit grate ist, het es si i Hals ghoue, mir hey gmeint, mir chönne ds Blut nit gstelle.“*

Übersetzt heißt das: *„Stellen Sie sich vor, meine Frau, mein Anne Bäbi hat sich erhängen wollen, und als das nicht gelang, hat es sich in den Hals geschnitten, wir haben gemeint, dass wir das Blut nicht mehr stillen können.“*

Therapieansätze in Gotthelfs Roman

Diesmal hat die totale In-Frage-Stellung, die massive Schuldzuweisung durch den Vikar zu einer katastrophalen Aggression gegen sich selbst geführt, nur knapp konnte die Patientin zweimal gerettet werden. Der Pfarrer führt eine vorbildliche Krisenintervention durch und meint schließlich im Gespräch zu Hansli: *„Aber ein Doktor sollte doch herbei. Es fehlt Euer Frau freilich an der Seele, und was ich tun kann, soll nicht fehlen, aber Körper und Seele sind gar in einem engen Zusammenhang; wenn es einem fehlt, so leidet das andere, und manchmal scheint es an dem Körper zu fehlen, aber man muss doch die Seele doktern, wenn der Körper gesund werden will, und manchmal kommt in der Seele die Krankheit zum Vorschein aber man muss sie im Leibe angreifen, dort hat sie ihre Wurzeln, die Seele ist bloss das Fenster, aus dem sie das Gesicht streckt.“* Meiner Ansicht nach hat der Phänomenologe Gotthelf in diesen paar Sätzen sowohl die Lehre der Psychosomatik als auch das spätere Verständnis für die organisch-somatische Ursache seelischer Krankheiten als Grundlage für deren medikamentöse Therapie der Gegenwart vorweggenommen.

Der vom Pfarrer empfohlene Arzt, sein Neffe, wird notfallmäßig beigezogen und vorher von jenem noch ins Bild gesetzt.

Seine ersten Maßnahmen sind so beschrieben: *„Er verbot auf das Strengste, jemand, der nicht zum Hause gehöre, zu Anne Bäbi zu lassen, und wohl zu achten, was es rede, und so wenig als möglich ihm zu widersprechen, wohl aber, wenn es zu reden anfange, seine Gedanken auf unschädliche Dinge zu lenken zu suchen.“* Und weiter steht da: *„Und ehe er fortging, nahm er sie noch alle in eine andere Stube und hielt ihnen eine lange Kapitelten über den Unsinn, einen Kranken zu betrachten wie einen Klotz Holz, der weder höre noch etwas schmöcke (rieche), und nun vor ihm alle seine Umstände und Zustände zu verhandeln, ob er leben oder sterben werde, zu- oder abnehme, geduldig oder ungeduldig sei, oder gar, ob es wohl oder übel gehen werde, wenn er sterben könnte. Vor Gesunden tue man das nicht, warum dann vor Kranken, die unendlich empfindlicher seien und alles schwerer nähmen als die Gesunden; besonders aber in solchen Zuständen wie Anne Bäbi sei, müsse man auf die sorgfältigste Weise jedes unbesonnene Wort meiden, das die noch vorhandene Glut anblasen könnte.“*

Als sich im späteren Verlauf die Aggressionswogen etwas geglättet haben, empfiehlt der existenzanalytisch begabte Arzt, dass man für den weiteren Genesungsprozess versuchen sollte, ihr das zweite Großkind, ein Mädchen, das sie bislang

überhaupt nicht beachtet hatte, und das in der Zwischenzeit von Mädi, der Magd betreut worden war, vorerst wie zufällig zum Halten zu geben, und, wenn die Großmutter sich darauf einlasse, es ihr immer öfter auch zum Hüten zu überlassen.

Der Plan gelingt: Anne Bäbi gewinnt das Kind lieb, umsorgt es, übernimmt Verantwortung, zeigt Hingabe, die Emotionsstarre löst sich auf, das Lebenswerte wird wieder gefühlt, und so gelingt wieder die Eingliederung ins Leben.

Etwas maliziös trägt Gotthelf in diesem Genesungsverlauf aber dem narzisstischen Charakter Anne Babis Rechnung, wenn er mutmaßt: „*Es wäre aber sehr schwer auszumitteln, was Anne Bäbi kuriert, ob nach der Ansicht des Doktors die Liebe zum Kinde oder eine andere Kraft, welche gar nicht in Rechnung gebracht worden, die Eifersucht gegen Mädi.*“

Vierte Depression

Zum Abschluss verdient noch ein Nebenschauplatz der Depression unsere Aufmerksamkeit: Der sich aufopfernde junge Arzt erlebt eine Erschöpfungsdepression, die man auf Grund des Textes heute sehr gut als Burnout verstehen kann mit Gefühlen der fehlenden Anerkennung, der beruflichen Insuffizienz und auch zynische Bemerkungen zu seiner ärztlichen Tätigkeit fehlen nicht, Gotthelf beschreibt dies so: „*Diese düstere Stimmung trat immer mehr hervor bei ihm. Es war ein gewisses Sattsein des Lebens, eine eigentümliche Mutlosigkeit, welche sich seiner bemächtigte, ein Verzweifeln an sich, an seiner Kunst, an den Menschen. Alles sei*

eitel und nichts, sagte er, und lohne der Mühe sich nicht; das Höhere, das dem, welches an sich allerdings eitel und nichts ist, Weihe und Wert gibt, das fand er nicht.“

Existenzanalytisch bietet sich die Deutung an, dass dem jungen Arzt der Sinn, die geistige Dimension fehlte, in langen Diskussionen mit dem alten Pfarrer, seinem Onkel, bedauert dieser, dass er sich ausschließlich dem Sinnenfälligen, der Naturwissenschaft verschrieben habe. Er scheiterte an seinem existentiellen Vakuum.

Es ist noch anzufügen, dass eine fünfte Depression beschrieben wird: Der alte Pfarrer schildert wie es seinem verstorbenen Bruder, dem Vater des eben beschriebenen jungen depressiven Arztes, mit seiner Depression ergangen war. Da diese Erkrankung nicht unmittelbar in der Handlung des Romans miterlebbar ist, wurde nicht näher darauf eingegangen.

Literatur

- Gotthelf J (1963) Anne Bäbi Jowäger. Erlenbach, Zürich: Eugen Rentsch
Manuel C (1922) Jeremias Gotthelf, sein Leben und sein Werk. Erlenbach, Zürich: Eugen Rentsch
Juker B (1972) Wörterbuch zu den Werken von Jeremias Gotthelf. Erlenbach, Zürich: Eugen Rentsch
Claus W (1957) Deutsche Literatur. Zürich: Schulthess & Co AG
Rusterholz P (1999) Gotthelfs „Wie Anne Bäbi Jowäger haushaltet und wie es ihm mit dem Doktern geht.“ Historischer Anlass und aktuelle Bedeutung. In: Erzählkunst und Volkserziehung. Tübingen: Niemeyer, 43-54
Schütt J (2004) Der Herr badete gern heiss. In: Weltwoche 13.04., 44-51

*Anschrift des Verfassers:
Rodolphe Leuenberger
Frankenstr, 23
CH – 3018 Bern-Bümpliz*

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-International (GLE-Int.)
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-Österreich (GLE-Ö)
GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in Deutschland e. V. (GLE-D)
INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE SCHWEIZ (IGEAP-CH)

Chefredaktion: Dr. S. Längle
Stellvertretung: Mag. K. Steinert dr.leuenberger@bluewin.ch
Redaktion: C. Klun, Dr. F. Lleras, Dr. Astrid Görtz, G. v. Kirchbach (engl. Übers.)
Landesredakteure: Ö – Mag. U. Reischer; D – Mag. G. Bonnaker-Prinz; CH – Lic. Phil. B. Heitger
Redaktion: Eduard-Sueß-Gasse 10; A - 1150 Wien, Tel.: 01/9859566 Fax 01/9824845
e-mail: gle@existenzanalyse.org
Layout und Satz: Sabine Wutschek
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

„EXISTENZANALYSE“ ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) und erscheint 2x jährlich. Die GLE ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart, der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin, der Martin-Heidegger Gesellschaft e.V. und des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ). Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten anerkannt. Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder. © by Intern. Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ

Medieninhaber ist zur Gänze die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Eduard-Sueß Gasse 10, A-1150 Wien. Die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse ist ein gemeinnütziger Verein im Sinne der Bundesabgabenordnung. Dem Vorstand gehören folgende Personen an:

Präsident: DDR. Alfred Längle. Stellvertretende Präsidentin: Dr. phil. Liselotte Tutsch. Schriftführerin: lic.phil. Brigitte Heitger. Stellvertretende Schriftführerin: Dr. Silvia Längle. Kassier: Dr. Christian Probst. Stellvertr. Kassier: Dr. Christoph Kolbe.

Grundlegende Richtung: "EXISTENZANALYSE" ist das offizielle Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Die grundlegende Richtung der "EXISTENZANALYSE" besteht in der Information der Mitglieder des Vereins über die Wahrnehmung und Förderung ihrer gemeinsamen wissenschaftlichen, beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange durch die Redaktion, den Vorstand der Gesellschaft und der Mitglieder untereinander.

Beschämte Scham bei depressiven Menschen

Daniel Hell

Die depressive Blockade geht oft mit dem Eindruck einher, weniger Wert zu sein. Schamgefühle scheinen diese Selbstinfragestellung noch zu verstärken und dazu beizutragen, dass ein Mensch sich verstecken oder gar aus dem Leben scheiden möchte. Ist deshalb bei suizidalen, depressiven Menschen die Scham zu behandeln oder braucht es einen anderen Umgang mit Scham und anderen unangenehmen Gefühlen? Es wäre falsch, das Schamerleben des Einzelnen in Frage zu stellen. Vielmehr gilt es, das Beschämtwerden durch Drittpersonen und gesellschaftliche Beurteilungen zu hinterfragen.

Schlüsselwörter: Scham, Depression, Fall-darstellung

The depressive blockage is often accompanied by the subjective impression of diminished worth. Feelings of shame seem to promote the process of putting oneself into question and seem to be instrumental in the wish to hide or even to pass away. Is it therefore necessary to deal therapeutically with the shame in suicidal, depressive people or is a different way of dealing with shame and other disagreeable feelings called for? It would be wrong to question the individual experience of shame. Rather, the shaming by third parties or social judgment should be put into question.

Key words: shame, depression, case study

Gesellschaftliche Werte, Scham und Depression

Die spätmoderne Gesellschaft erwartet vom einzelnen Menschen vor allem Autonomie, Flexibilität, Teamfähigkeit und Vernetzung. Gerade diesen Erwartungen können aber depressive Menschen nicht entsprechen. Die depressive Blockade behindert die Anpassungsfähigkeit, macht weniger leistungs- und beziehungsfähig und bedroht die Autonomie.

Um die psychosoziale Dynamik der Depression zu verstehen, ist es hilfreich, das depressive Geschehen mit einem reibungsvollen Bremsmanöver zu vergleichen. Wer depressiv wird, erfährt sich gegen seinen Willen ausgebremsst. Er fühlt sich wie angehalten, zum Stillstehen gezwungen und in seinem Denken, Erinnern, Fühlen und Tun blockiert. Konsequenterweise stellen depressive Menschen erschrocken fest, dass ihnen etwas Grundsätzliches fehlt. Auch greifen sie oft zu Bildern, um ihr verändertes Erleben im Gegensatz zum sonstigen Alltag darzustellen. Depression wird von Patienten beschrieben als eine Art „aufgezwungenes Wüstenerlebnis“ (mitten unter Menschen), eine Form von „dunkler Nacht“ (in hellem Tageslicht), als „Eingefroren-sein“ (umgeben von Wärme) oder als Ausdruck „seelischer Lähmung“ (ohne körperliche Lähmungserscheinungen).

Diese Bilder umfassen Raum und Zeit. Sie zeugen davon,

dass in einer schweren Depression nichts mehr ist, wie es vorher war. Doch geschieht die depressive Erfahrung weder im persönlichen noch im sozialen Vakuum. Sie spielt sich auch nicht als isoliertes Ereignis neuronaler Vorgänge im Gehirn ab. Vielmehr zeugt die depressive Erfahrung davon, wie sehr sich ein Mensch in Diskrepanz zu seiner Umwelt und zu seinen sozialisierten Selbstvorstellungen wahr nimmt. Denn es gäbe kein so schmerzhaftes depressives Leiden, wenn die Erfahrung der Herabgestimmtheit und Ermüdung nicht im krassen Kontrast zu den eigenen und fremden Erwartungen stünde.

Wenn aber ein Mensch soziale Erwartungen oder den durch Sozialisation erworbenen eigenen Anspruch nicht erfüllen kann, empfindet er meist Scham. Beschämung und Scham stellen wichtige, aber häufig übersehene Phänomene in der Entwicklung und Auseinandersetzung depressiver Menschen mit sich und der Umwelt dar.

Das je Besondere von Scham und Beschämung

Das deutsche Wort Scham leitet sich vom indogermanischen Begriff „skam“ ab. Skam bedeutet soviel wie „sich verhüllen“ oder „sich verstecken“. Wer sich schämt, möchte sich schützen. Er möchte verhindern, dass sein Inneres zu-

sätzlich verletzt wird. Deshalb hütet er sich, sein Inneres nach außen zu kehren. Die Schamröte mag ihn verraten. Sie kann aber auch anzeigen, dass der sich Schämende genug mit sich selbst zu tun hat. Sie kann als zwischenmenschliches Zeichen verstanden werden, dass ein Mensch in seinem Selbstgefühl zu schützen ist. Denn wer sich errötend schämt, zeigt bereits, dass er sich erniedrigt fühlt. Scham hat auch mit der Feststellung zu tun, sich herabgesetzt zu fühlen, sei es durch unbedachte Worte, demütigende Verhaltensweise oder Spott von Drittpersonen.

Gar nicht selten werden auch Verlustsituationen wie Trennungen oder Stellenkündigungen, die vor Depressionen häufig auftreten, als beschämend erfahren. Diese Verlustsituationen können selbst dann als demütigend erlebt werden, wenn sie unabhängig von der betroffenen Person aufgetreten sind, z.B. durch den Tod eines Partners oder durch Verlust der Arbeitsstelle bei Firmenschließungen. Das lässt sich damit erklären, dass die Vorstellung, die eine Person von sich selber hat, von der Beziehung zu nahen Menschen – etwa dem Ehepartner – oder von der beruflichen Position mit abhängig ist. Deshalb kann ein entsprechender Verlust auch das Selbstwertgefühl gefährden.

Schamgefühle sind Türhüter des Selbst (Hell 2003). Sie treten immer dann auf, wenn das eigene Selbstbild bedroht wird. Wer sich schämt, wird durch das sehr unangenehme Schamempfinden alarmiert, dass die Vorstellung, die er von sich selber hat oder die sich andere von ihm machen, bedroht ist. Auch deshalb hängt das Auftreten von Schamgefühlen bei depressiven Menschen damit zusammen, wie die depressive Blockade sozial eingeschätzt und bewertet wird. Wie zuvor gesagt, wurde die Depression im Mittelalter als Todsünde angesehen. In der Moderne wird die Depression zum Makel, weil durch die depressive Verlangsamung eine Person der derzeit dominierenden Wertvorstellung von Autonomie und Flexibilität nicht entsprechen kann.

Zu den erwähnten äußeren Ursachen kommt bei depressiven Menschen eine innere Dynamik hinzu. Die bewusst erfahrene depressive Blockade lässt nämlich die betroffenen Menschen ihre eigenen Möglichkeiten geringer einschätzen. So hat eine eigene Untersuchung (Weinmann at al 2001) deutlich gemacht, dass sich Menschen während depressiven Episoden fatalistischer bzw. vom Schicksal oder andern Menschen abhängiger einschätzen als im nicht depressiven Zustand. Die vermindert eingeschätzte Selbstkompetenz verführt jedoch depressive Menschen leicht dazu, sich nicht nur weniger zuzutrauen, sondern sich auch selber abzuwerten und damit zu beschämen.

Meines Erachtens ist nun aber dieser Prozess der äußeren Beschämung und der damit zusammenhängenden Selbstbeschämung vom Gefühl der Scham bzw. dem Schamempfinden abzugrenzen. Der Beschämung liegt eine äußere Demütigung oder innere Abwertung zugrunde. Es handelt sich also um einen zwischenmenschlichen Stigmatisierungs- oder einen gedanklichen Abwertungsprozess. Demgegenüber ist das Schamempfinden ein emotionales und persönliches Geschehen. Schon die Sprache verrät es: Ich erlebe Scham, aber ich werde beschämt. Im einen Fall bin ich aktiv und erfahre

mich selber, zwar schamvoll, aber intensiv. Im andern Fall werde ich passiv von außen in Frage gestellt und verletzt. Deshalb konnte ein Mischna-Lehrer sagen: „Jeder, der das Angesicht seines Gefährten vor den Vielen erleichen lässt, ist, als ob er Blut vergießt“. Es gilt das Beschämen wie das Blutvergießen zu vermeiden, weil beides die Integrität eines Menschen verletzt, sei es körperlich, sei es seelisch. Nicht die Scham oder das Schamempfinden ist also etwas Negatives, sondern der Missbrauch des menschlichen Schamempfindens, um einen Menschen zu entwürdigen, klein oder willfährig zu machen.

Einen Menschen zu beschämen ist aber leichter möglich, wenn auch das Schamempfinden als etwas Anstößiges betrachtet wird. Dann trifft das Beschämtwerden einen Menschen doppelt: Einmal als äußere Entwürdigung, zum andern als nicht akzeptables Schamempfinden. Das mag der Grund sein, dass im jüdisch-christlichen Abendland wie in vielen anderen Kulturen – und ganz besonders in den Hochkulturen Asiens – die Schamfähigkeit des Menschen als schützenswert betrachtet wird. Nicht das Schamempfinden als solches ist negativ zu bewerten, sondern der Akt der Beschämung.

Scham ist im Alten Testament das erste Gefühl, das ausdrücklich beim Namen genannt wird. Adam und Eva schämen sich, als sie vom Baum der Erkenntnis gegessen haben. Scham hat nach der Schöpfungsgeschichte der Bibel also mit Selbsterkenntnis zu tun.

Auch in der modernen Entwicklungspsychologie wird Scham mit dem Auftreten von Selbstbewusstsein in Zusammenhang gebracht. So ist in aufwendigen Studien nachgewiesen worden, dass Kleinkinder sich erst ab ca. 12 - 15 Monaten im Spiegel erkennen (Lewis 1992). Kinder beginnen erst ungefähr in diesem Alter, ihr Gesicht im Spiegel nachzuahmen, indem sie Gesichter schneiden, die Zunge herausstrecken oder beobachten, wie sie an der Seite des Spiegels verschwinden und wieder auftauchen. Ein solches sich selber Erkennen ist Bedingung für das Schamerleben. Es kann nur im fürsorglichen Kontakt zwischen Menschen entwickelt werden. Scham macht allerdings einen weiteren Entwicklungsschritt nötig und tritt erst einige Zeit später auf, nachdem sich die Vorstellung eines eigenen Selbst weiter ausdifferenziert hat. So hat schon Darwin darauf hingewiesen, dass Erröten ungefähr ab dem 2. bis 3. Lebensjahr vorkommt. Spätestens 3-jährige Kinder zeigen Scham, wenn sie Aufgaben, deren Lösung sie sich selber zugemutet haben, nicht lösen können, wenn also ihre Erwartung an sich selbst nicht erfüllt wird.

Aus vielen weiteren Untersuchungen zur Selbst- und Schamentwicklung kann (Übersicht bei Seidler 1995) geschlossen werden, dass Scham ein Gefühl ist, das soziale Vorgänge differenziert wiedergibt und ein Selbstbewusstsein voraussetzt. Scham tritt dann auf, wenn die Vorstellung, die man vom eigenen Selbst hat, von andern Menschen oder durch eigenes Handeln verletzt wird.

Scham, Beschämung und Depression

Depressive Menschen haben nun unmittelbar vor der Depression nicht nur häufig Verluste oder Verhaltensweisen, die

sie als beschämend erleben, erfahren. Sie sind im depressiven Zustand auch in besonderer Gefahr, das eigene Schamempfinden zu unterdrücken oder mit Selbstvorwürfen oder gar suizidalen Handlungen auszuschalten. Damit nimmt aber die depressive Empfindungsarmut noch zu. Auch führt der Kampf gegen das feindlich beurteilte Schamempfinden dazu, dass ein depressiver Mensch sich übernimmt und dazu neigt, von sich Leistungen abzuverlangen, die er nicht zu tun imstande ist. Damit erfährt er aber neue Enttäuschungen, die seine Stressbelastung erhöhen und die depressive Spirale tendenzmäßig ankurbeln.

Gerade weil depressive Personen sich oft schwer tun, versteckt vorhandene Schamempfindungen anzunehmen, ist es so wichtig, dass der Therapeut oder die Therapeutin ein Gespür für Schamgefühle hat und der depressive Mensch erfahren kann, dass seine Schamgefühle auf Verständnis stoßen. Natürlich kann nicht erwartet werden, dass das bewusste Achthaben auf Schamgefühle – und andere unangenehme Gefühle wie Wut, Ekel oder Angst – die depressive Leere bzw. die „Losigkeit“ einfach beseitigt. Aber das einführende und verständnisvolle Interesse für verbliebene, meist unangenehme Gefühlsinseln kann den depressiven Menschen näher zu sich selber bringen, um der ständig erinnerten Beschämung das Eigengewicht des Schamerlebens – oder der Wut und der Traurigkeit – entgegenzusetzen. Denn auch unangenehme Gefühle sind Gefühle und stellen ein Gegengewicht gegen die depressive Leere dar. Man kann diese abgeschwächten und unangenehmen Gefühle aber schwerlich annehmen, solange man von sich selber erwartet, dass auch im depressiven Zustand ein intensives und angenehmes Erleben möglich sein müsste. Erst die Akzeptanz der depressiven Blockade macht es leichter, im Gemütsvakuum einzelne Gefühlsreste wie Inseln im Meer wahrzunehmen und sich darauf zu retten.

Diese recht komplexen Zusammenhänge zwischen Scham und Depression möchte ich abschließend an einem Beispiel aus meiner Praxis zu illustrieren suchen (Hell 2003).

Beispiel: Verinnerlichte Beschämung und notwendige Scham

Frau Marianne M., eine heute 40jährige alleinstehende Apothekerin, hat mich im Verlauf einer längeren psychiatrischen, psychotherapeutischen Behandlung sehr viel über Beschämung und Scham gelehrt, obwohl sie wegen einer ganz anderen Symptomatik in meine Behandlung kam. Ihre Leidens- und Krankengeschichte soll im folgenden nur soweit Erwähnung finden, wie es zur Darstellung ihrer Scham-dynamik nötig ist.

Marianne M. wurde im Alter von 9 Jahren mehrfach von einem älteren Nachbarjungen sexuell missbraucht. Er drohte mit Totschlag, wenn sie „ihr Geheimnis“ bekannt machen würde. Als der Missbrauch trotzdem herauskam, wurde zwar über Marianne, aber nicht mit ihr gesprochen. Sie wurde von ihrer Umgebung wie eine Person mit einer ansteckenden Krankheit behandelt. Sie durfte in der Freizeit nicht mehr im Hof mit anderen Kindern spielen, sondern hatte in der Wohnung zu bleiben. Offenbar waren Eltern und Lehrer vom Ge-

schehen so überfordert, dass sie Marianne nur durch Isolation vor weiteren Missbrauchserfahrungen zu schützen suchten.

Marianne fühlte sich in dieser Zeit tief beschämt, zum einem durch die Ohnmacht, die sie beim sexuellen Missbrauch erlebt hatte, zum andern durch das Ausgeschlossen-Sein, das sie im Alltag erlebte. Sie konnte mit niemandem über ihre Gefühle reden. Es blieb ihr versagt, sich einer verlässlichen Person anzuvertrauen und sich mit ihrem Trauma und mit den damit zusammenhängenden Schamgefühlen auseinander zu setzen. Umso mehr versuchte Marianne ihre Scham zu verheimlichen und ihre seelische Wunde vor sich selbst zu verstecken. Als junges Mädchen war Marianne vor allem durch ihre Eigenwilligkeit und ihren trotzigsten Mut aufgefallen. Sie ließ sich so schnell nicht unterkriegen. Nach dem Trauma behielt sie zwar ihr Kämpfertum bei, rang nun aber vor allem mit sich selber und der verinnerlichten Beschämung. Im Gegensatz zu früher traute sie sich nicht mehr trotzig aufzubegehren, sondern begann die Akzeptanz von Eltern, Lehrern und Vorgesetzten mit überdurchschnittlichen Leistungen und äußerlicher Anpassung zu erringen. Dieses kompensatorische Vorgehen hatte insofern Erfolg, als sie sich schulisch immer mehr auszeichnete. Sie schloss die Schule mit der besten Matura und das nachfolgende Pharmaziestudium mit der höchsten Auszeichnung ab. Dennoch blieb ihr versagt, was sie sich insgeheim von ihren Leistungen erhofft hatte. Die schulischen und beruflichen Auszeichnungen vermochten ihre verinnerlichte Beschämung nicht zu beseitigen. Im Gegenteil erlebte sie, dass auch kleine Misserfolge an ihrer Schamwunde rührten und sie zwangen, sich noch mehr zusammenzunehmen, um mittels äußerer Erfolge gegen die eigene Abwertung anzukämpfen.

Als ihr Leistungsvermögen schließlich an eine Grenze stieß und sich nach Jahren übergroßer Anstrengung erschöpfte, brach das Selbstwertgefühl von Marianne völlig ein. Sie wurde im Alter von 25 Jahren schwer depressiv. Im depressiven Zustand litt sie nicht nur daran, dass sie die gewünschte Leistung nicht mehr bringen konnte. Sie fühlte sich durch die depressive Blockade auch zu tiefst beschämt. Sie warf sich Selbstversagen vor, obwohl sie sich selbst im depressiven Zustand zu fast übermenschlichen Anstrengungen zwang. Da Frau Marianne M. ihre depressive Blockade vor allem als Demütigung erfuhr, konnte sie sich nicht damit abfinden, die eingetretene Leistungseinbuße wenigstens vorübergehend ein Stück weit zu akzeptieren. Sie versuchte im Gegenteil, die letzten ihr noch zur Verfügung stehenden Kräfte gegen die depressive Blockade einzusetzen, um der damit assoziierten Beschämung zu entrinnen. Allein, auf diese Weise war ihr Kampf nicht zu gewinnen. Zwar konnte die erste schwere Depression mit antidepressiver Therapie gebessert werden, doch blieben Marianne M. weitere und zunehmend schwerere depressive Zeiten nicht erspart. Der Eindruck, vor ihren Mitmenschen das Gesicht verloren zu haben und durch die Depression tief gedemütigt zu sein, ließ sie auch suizidal werden. Zeitweise ging sie davon aus, dass nur der selbstgewählte Tod sie den vorwurfsvollen Blicken der Mitmenschen und der Verurteilung durch ihr strenges Über-Ich entziehen kön-

ne.

Es brauchte eine längere psychiatrisch-psychotherapeutische Zusammenarbeit, bis Frau Marianne M. sich langsam im therapeutischen Gespräch zu öffnen vermochte. Zunächst wurde aber ihr stockender Bericht immer wieder von der Befürchtung unterbrochen, auch in der Therapie nicht ernst genommen und in ihrem Empfinden verletzt zu werden. Erst nach und nach konnte Frau Marianne M. ihr Schamempfinden über die eingetretene depressive Entwicklung zum Ausdruck bringen. Es dauerte viele Wochen, bis sie erstmals auch vom erfahrenen sexuellen Missbrauch in der Kindheit berichten konnte. Sie fühlte sich zwar dadurch von einem Druck befreit, doch die erfahrene Beschämung hatte sich zu tief in ihr eingenistet, als dass sie darauf verzichten konnte, auch die Therapie als Prüfung anzusehen, in der sie sich auszuzeichnen hatte. Nur über einen besonderen Leistungsausweis glaubte sie die Zuneigung des Therapeuten zu verdienen und Anerkennung zu erhalten. Deshalb bestand für sie in der Therapie die stete Gefahr, neu beschämt zu werden, sollte sie die von ihr angestrebten Fortschritte nicht erreichen oder gar Rückschritte in Kauf nehmen müssen.

Erst die Erfahrung, bei Einbrüchen ihres Leistungsvermögens vom Therapeuten nicht abgelehnt zu werden, sondern als schamhafte Person akzeptiert zu sein, erlaubte Marianne eine vorsichtige Neubewertung ihrer Schamgefühle. Mit einiger Überraschung und fast Unglauben, stellte sie fest, dass das Besprechen ihrer Schamgefühle sie entlastete und dass das Zulassen ihrer Schamgefühle ihre Selbstsicherheit nicht schwächte, sondern stärkte. Je mehr sie aber auch ihren sogenannten negativen Gefühlen zu vertrauen lernte, desto mehr war sie imstande, bisher abgelehnte körperliche Empfindungen wahrzunehmen. Diese Entwicklung erlaubte ihr, ihren sozialen Panzer etwas zu durchbrechen und ihren bisher praktizierten Rückzug vorsichtig aufzugeben. Sie nahm vereinzelt Kontakte mit ehemaligen Bekannten auf, widmete sich ihren Nichten und - nahm auch für mich überraschend - an Selbsterfahrungsgruppen und körperorientierten Meditationskursen teil. Von Krisen unterbrochen entwickelte sie langsam ein stärkeres Leib- und Selbstgefühl.

Doch wäre es falsch, die Therapie als abgeschlossen und die Wunde der Beschämung als geheilt zu betrachten. So lässt jede Erinnerung an ihr Kindheitstrauma Marianne M. so stark zusammenschrecken, als stünde der erlebte Missbrauch unmittelbar bevor. Auch die erfahrene Demütigung durch den depressiven Leistungseinbruch macht ihr weiter zu schaffen. Dennoch hat sich Wesentliches verändert. Frau M. fühlt sich durch ihre unangenehmen Emotionen nicht mehr so stark in Frage gestellt. Sie versteht z.B. ihr Schamempfinden weit mehr, als dies früher der Fall war, als eine persönliche (und auch leibliche) Reaktion, die der durchgemachten Beschämung entgegenwirkt. Dadurch erlebt sie sich weit weniger als hilfloses Objekt, das Demütigungen passiv ausgesetzt wird, denn als Subjekt, das von einer Scham auslösenden Erinnerung oder Situation heimgesucht wird. So bleibt das Schamerleben ihre individuelle Erfahrung und wird nicht zu einer Sache, die ihr beschämend aufgedrängt wird und fremde Züge hat. Oder wie sie selber einmal sagte: Ich schäme mich jetzt

als Marianne und ich schäme mich dafür, was man mir angetan hat.“ Früher schien sie zu denken: „Ich darf mich nicht schämen, da ich sonst zu einem Objekt der Beschämung werde. Die Beschämung liefert mich der Verachtung aus. Sie macht mich zu einer Sklavin, die rechtlos ist und immer nachgeben muss.“

Auch bei erneutem Einsetzen einer depressiven Verstimmung ist Frau M. nicht mehr im gleichen Maß wie früher alarmiert, zum Objekt einer Beschämung zu werden. Sie kann die eigene Angst und Scham etwas mehr zulassen und verfügt dadurch über einen innerlich erlebten Raum, den sie den realen und vorgestellten Demütigungen entgegensetzen kann. Dadurch läuft sie etwas weniger Gefahr, der depressiven Leere bzw. „Losigkeit“ ausgesetzt zu werden. Tatsächlich hat Frau M. in den letzten Jahren bei gleichbleibender Behandlung mit Antidepressiva und stimmungsausgleichenden Mitteln keine schweren depressive Episoden mehr erlitten.

In der Behandlung von Marianne M. habe ich eindrücklich miterlebt, wie im Offenlegen der Scham und im Annehmen des Schamerlebens eine befreiende Kraft stecken kann. Für die Psychotherapeutin Helen Block Lewis wurde eine analoge therapeutische Erfahrung so zentral, dass sie die Besprechung der Schamgefühle zum Angelpunkt der psychotherapeutischen Behandlung gemacht hat. Lewis wurde aufgrund ihrer Erfahrungen davon überzeugt, dass viele psychiatrische Störungen durch verborgene Scham aufrecht erhalten werden. Auch viele psychotherapeutische Prozesse kommen nach ihrer Überzeugung nicht voran, weil sie die Schamproblematik übersehen. Konsequenterweise sieht H.B. Lewis viele Widerstände in der Psychiatrie als schambedingt an. Sie schreibt: „In den letzten Jahren bin ich zur Überzeugung gelangt, dass Widerstand ein falscher Name für Scham und Schuld ist.“ Sie betrachtet deshalb die Bearbeitung von versteckter Scham als zentrale Aufgabe jeder psychotherapeutischen Behandlung.

Um die Scham im therapeutischen Prozess zu ihrem Recht kommen zu lassen, ist es wichtig zu beachten, dass auch eine Therapie selber Scham auslösen kann. Dabei muss es sich nicht um eine stationäre Behandlung handeln, die ja sehr häufig als beschämend erfahren wird. Auch ein ambulantes Hilfesuchen bei Psychiatern und Psychotherapeuten kann Schamgefühle wecken, erst recht, wenn sich eine Person hilflos und abhängig fühlt.

Der therapeutische Umgang mit dem Schamempfinden bedarf deshalb Fingerspitzengefühl und setzt auf Seiten der Therapeuten eine Art „Schamstärke“ voraus. Damit meine ich, dass die (therapeutischen) Partner nicht mit ihrer eigenen Scham hadern, sondern im Rahmen des Möglichen selber in der Lage sein sollten, sich zu schämen. Therapeutisches Ziel ist nicht Schamlosigkeit, sondern ein bewusstes Annehmen von Schamempfindungen und ein gezieltes Vermeiden von Beschämungen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Zusammenfassend gilt: Nicht das Schamempfinden macht depressiv, sondern erfahrene Beschämungen tragen zur Entwicklung und zum Aufrechterhalten einer Depression bei.

Eine Depression wird eher verstärkt, wenn das Schamempfinden nicht zugelassen wird. Die Depression ist nicht durch ein bestimmtes Gefühl charakterisiert, sondern durch eine generelle Abschwächung des Gefühllebens, durch die sog. Losigkeit. In der Therapie depressiver Menschen geht es deshalb darum, die abgeschwächten, aber noch versteckt vorhandenen Gefühle zu stärken, statt sie noch zusätzlich zu behindern. In aller Regel setzt das Wiedererlangen der Fähigkeit, Freude und Interesse zu empfinden, bei depressiven Menschen ein Zwischenstadium voraus, in dem eher unangenehme Gefühle wie v.a. Scham, Wut und Traurigkeit auftreten.

Die heute aufkommende Tendenz, krankhafte (negative) von gesunden (positiven) Gefühlen abzugrenzen, scheint mir gefährlich. Denn auch unangenehme Gefühle sind basale Elemente unserer Lebensorganisation. So verweisen uns Schamgefühle darauf, dass wir gedemütigt worden sind oder dass wir uns selber beschämen. Nicht das Schamempfinden ist krankhaft, sondern die Beschämung, worauf das Schamempfinden verweist, ist krankmachend. Unsere Gefühle sind nichts Zufälliges und schon gar nichts Schädliches. Es sind

gerade depressive Menschen, die uns den Wert des Gemütslebens in aller Deutlichkeit vor Augen führen.

Literatur

- Hell D (2003) Seelenhunger – Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben. Bern: Huber, 2°
Lewis M (1992) Scham – Annäherung an ein Tabu. Hamburg: Ernst Kabel
Seidler GH (1995) Der Blick des Anderen. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
Weinmann M, Bader JP, Endrass J, Hell D (2001) Sind Kompetenzen und Kontrollüberzeugungen depressionsabhängig? – Eine Verlaufsuntersuchung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 30, 153-158

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr.med. D. Hell

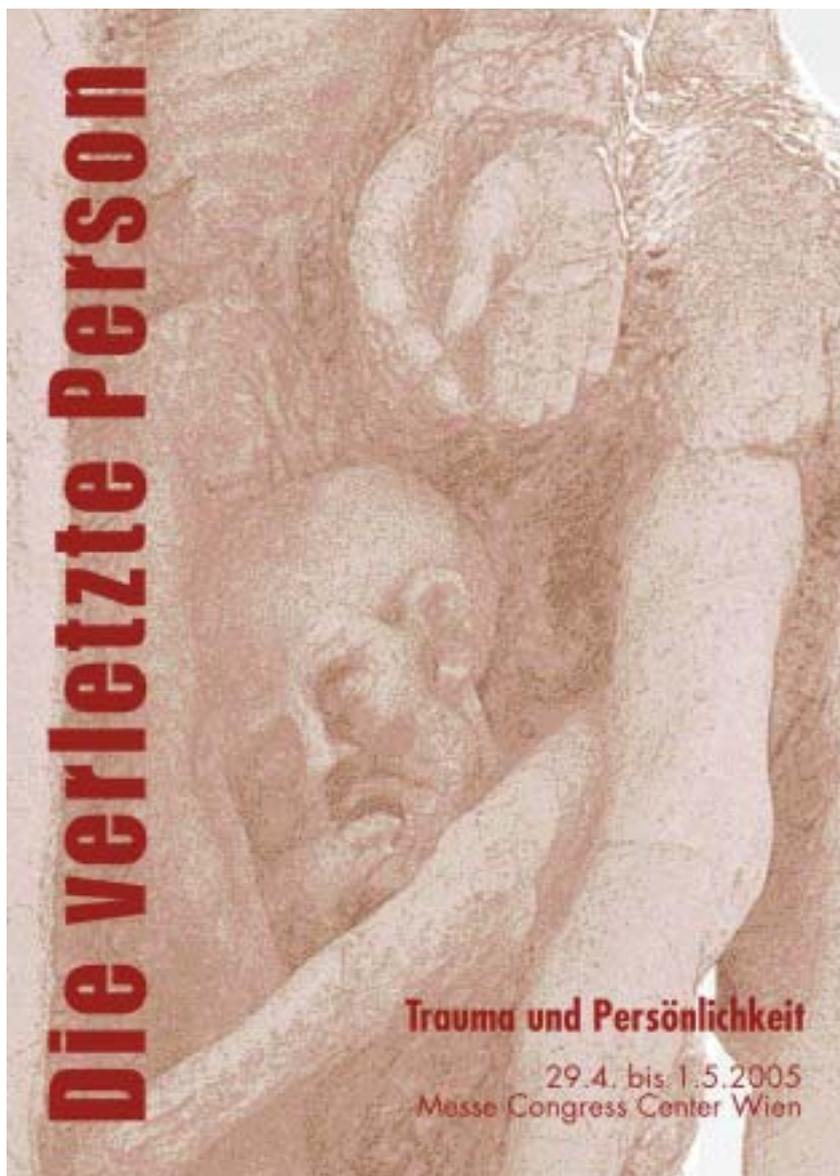
Klinischer Direktor

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Lenggstrasse 31

8029 Zürich

hellsek@bli.unizh.ch



Kongress der GLE-Int.

Vorträge

Trauma und posttraumatische Belastungsstörungen

Person – Persönlichkeit

Die verletzte Person

Weg-gelegt

Die neurobiologische Verankerung traumatischer Erfahrungen

Die Bedeutung der neurobiologischen Erkenntnisse für die Therapie

Delinquenz und Trauma

Trauma und Persönlichkeit

Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese

Traumatherapie aus existenzanalytischer Sicht

Gastvortragende

Dr. med. **Heinrich Donat**

Univ.-Prof. Dr.rer.nat. Dr.med.habil. **Gerald Hüther**

Univ.-Prof. Dr.med. **Luise Reddemann**

Univ.-Prof. Dr. med. **Ulrich Schnyder**

Moralphilosophische Überlegungen zu Suizid und Suizidprävention und deren existenzanalytische Verortung

Emmanuel J. Bauer

Wirklichkeit und Möglichkeit des Suizids erschüttern die Grundfesten menschlicher Existenz. Sie stellen den Menschen als Menschen in seiner Ganzheit und in seinem tiefsten Selbstverständnis in Frage. Es leuchtet unmittelbar und unmissverständlich ein: Hier geht es um die Entscheidung zwischen Leben und Tod, um Sinn oder Unsinn menschlicher Existenz, um Sein oder Nichtsein, besser: um Sein- oder Nichtsein-Können und -Wollen der Person. Wohl aus diesem Grund versetzt die Konfrontation mit dem Suizid den Menschen normalerweise in Unruhe. Erst wer gelernt hat, dieser letztlich freien Möglichkeit menschlichen Daseins ins Auge zu schauen und personal Stellung zu beziehen, wird mit dieser Frage gut leben und dem Problem therapeutisch gut umgehen können. Insofern der Suizid den Menschen als Ganzen betrifft, war und ist seine Einschätzung immer maßgeblich von soziokulturellen, philosophischen und weltanschaulichen Faktoren mitbestimmt. Ein Blick in die Geistesgeschichte und die aktuelle philosophische Diskussion sowie die Verortung der Frage in der existenzanalytischen Anthropologie erscheinen daher unverzichtbar.

Schlüsselwörter: Depression, Suizid, Suizidprävention, Moral, Anthropologie

The reality and possibility of suicide shake the foundations of human existence. They put the human being in his/her entirety and deepest self-comprehension into question. This much is absolutely self-evident: the decision about life or death is at stake here, about the meaning or meaninglessness of human existence, about being or not being, rather: about the person's capacity or incapacity and his and or will or absence of will to exist. This is probably why the confrontation with suicide usually disturbs. Only someone who has learned to confront this last possibility of human existence and to arrive at a position towards it will be able to be at ease with this question and to deal with it well as a therapist. In so far as suicide concerns the whole person, its assessment has always been determined largely by socio-cultural, philosophical and ideological factors. Therefore, a look into the history of ideas and into the actual philosophical debate imposes itself, as well as a debate about the question within the framework of the existential-analytical anthropology.

Key words: depression, suicide, suicide prevention, ethics, anthropology

1. Suizid als Grundfrage menschlicher Existenz

Suizid ist eine Realität in unserer Welt, mit der jede und jeder von uns in irgendeiner Form einmal zu tun hatte. In Österreich nehmen sich statistisch gesehen knapp vier Menschen pro Tag das Leben. Wir können uns also der Auseinandersetzung mit diesem Thema nicht entziehen. Wird jemand auf Grund persönlicher Verbindung mit einem Suizidenten tatsächlich einmal unmittelbar mit der Wirklichkeit des Suizids konfrontiert, löst es in ihm normalerweise starke Gefühle aus, zumeist eine Mischung aus tiefer Betroffen-

heit, Aggression, Ohnmacht, Trauer, Mitleid, Niedergeschlagenheit, vielleicht auch Unverständnis. Selbst dann, wenn wir „nur“ indirekt damit konfrontiert werden, weil ein Mensch nach einem Suizidversuch oder aufgrund virulenter Suizidalität uns als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut in Anspruch nimmt, kann es sein, dass uns eine gewisse Unruhe und undefinierbare Angst überkommt und wir Scheu empfinden, uns mit dieser Problematik zu befassen. Möglicherweise sind diese Empfindungen ein Symptom dafür, dass wir die ganz persönliche Einstellung zum Suizid noch nicht gefunden oder diese nicht fest genug ist, um der-

artigen konkreten Anfragen Stand zu halten. Zudem ist zu bedenken, dass die Haltung des Menschen zum Suizid etwas Lebendiges und Fluktuierendes ist. Jede neue Erfahrung mit dessen Realität und jede neue Begegnung mit Menschen, die um ihr Ja zum Leben ringen, beeinflusst und verändert die persönliche Sicht und Beurteilung des Suizids.

Das heißt, wer immer mit dem Problem Suizid zu tun hat oder dazu meint etwas Essentielles sagen zu dürfen, muss sich je neu mit den letzten Fragen des menschlichen Lebens auseinandersetzen. Es gilt hier der **Grundsatz**: Solange wir nicht Stellung bezogen haben zur Möglichkeit des Suizids, des fremden wie des eigenen Suizids, werden wir uns auch schwer tun im Umgang mit der Wirklichkeit des Suizids. Denn wie und wann immer wir mit der Realität des Suizids konfrontiert werden, werden wir unwillkürlich auch vor die Möglichkeit des eigenen Suizids gestellt. Niemand wird von sich behaupten können, er/sie sei davor gefeit, selbst von suizidalen Gedanken heimgesucht zu werden.

Um zu einer Sache verantwortlich Stellung beziehen zu können, ist es notwendig, diese Sache möglichst fundiert zu kennen, d.h. ein möglichst umfassendes Wissen von der Natur der Sache und den spezifischen Umständen und Auswirkungen ihres Auftretens zu haben. Handelt es sich um Phänomene der praktischen Wirklichkeit menschlicher Existenz, dann ist es unverzichtbar, sie auch mit der Grundfrage menschlichen Handelns zu konfrontieren, nämlich mit der Frage „Was soll ich tun?“. Nun ist der Suizid zweifellos ein äußerst vielschichtiges und komplexes Phänomen von höchster existentieller Bedeutung. Dementsprechend bedarf es auch der verschiedensten wissenschaftlichen Gesichtspunkte, um ihm gerecht zu werden. Neben den medizinisch-psychiatrischen Erkenntnissen, die bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Suizidproblematik normalerweise den Ton angeben, sind aber auch die soziale, soziologische, kulturelle, theologische und philosophische Dimension zu berücksichtigen. Wenngleich die theologischen und noch mehr die philosophischen Faktoren im Prozess der Entscheidung zur Selbsttötung zumeist nur eine untergeordnete Rolle spielen, sind sie doch für den Standpunkt, den die Gesellschaft oder der einzelne Mensch zum Suizid ganz allgemein einnimmt von großer Bedeutung. Denn abgesehen von persönlichen existentiellen Erfahrungen wird die je eigene Sicht und Beurteilung des Suizids maßgeblich von der Einschätzung der moralischen Legitimität eines solchen Schrittes abhängen. Aus diesem Grund soll in diesen Ausführungen gezielt die moralphilosophische Dimension des Problems beleuchtet werden. Diese Schwerpunktsetzung bedeutet aber nicht, dass die Ergebnisse der anderen suizidologischen Wissenschaften unberücksichtigt blieben. Im Gegenteil, sie bilden die Voraussetzung dafür, die moralphilosophischen Prinzipien auf die konkrete Fragestellung sinnvoll anwenden zu können.

Aus existenzphilosophischer Perspektive – man denke an das bekannte Wort von Albert Camus – gilt der Selbstmord als das zentrale, grundlegende philosophische Problem, das allen anderen philosophischen Fragen vorzuordnen ist (Camus 1996). Schließlich geht es dabei nicht um eine theoretische Auseinandersetzung über die Handlungsmöglichkeiten des Menschen, sondern um den Menschen als solchen und die Gründe und Ab-

gründe seiner Existenz. Das menschliche Leben in seiner Ganzheit steht auf dem Spiel. Es geht um Sein oder Nichtsein je dieses Menschen. Eine philosophisch-moralphilosophische Sicht des Suizids zu gewinnen, fordert vom Subjekt, nicht nur Stellung zum Tod, sondern vor allem auch Stellung zum Leben (und seinen grundlegenden Bedingungen) zu beziehen. Die Frage nach dem Ursprung und dem Ziel, nach dem Woher und Wohin menschlicher Existenz drängt sich ebenso auf wie jene nach Sinn und Unsinn meines Lebens bzw. nach dem Wertvollen, das mich (mehr oder minder fest) Ja sagen lässt zu meinem Dasein. Zum anderen zwingt mich auch das Faktum des Todes zur Stellungnahme: Wie stehe ich zur Endlichkeit des Lebens? Was bedeutet sie für mich? Ist der Tod für mich die nackte Anihilation, die totale Vernichtung meiner selbst oder glaube ich an ein Jenseits, und wenn ja, an welche Form und Qualität des Weiterlebens?

Der hier nur angedeutete, mit dem Suizid verbundene philosophische Fragenkomplex zeigt, dass die Beurteilung des Suizids nie voraussetzungslos oder wertneutral vorgenommen werden kann. Der je persönlichen und gesellschaftlichen Haltung gegenüber dem Suizid liegt immer ein bestimmtes Menschen-, Welt- und Gottesbild zu Grunde. Dieses beeinflusst seinerseits maßgeblich die moralphilosophischen Kriterien, an denen sich die Einschätzung des Suizids orientiert. D.h. der Begriff des Suizids und die Einstellung zu ihm sind und waren immer zeitbedingt und abhängig von moralphilosophischen und theologischen Überzeugungen.

Ganz allgemein und epochenübergreifend steht die Frage der sittlichen Legitimität des Suizids immer in der Spannung zwischen der Achtung vor der Unantastbarkeit des Lebens und dem Respekt vor der Freiheit und Selbstbestimmung der Person, zwischen Eigenrecht des Individuums und Solidarität bzw. Verpflichtungen gegenüber der Gemeinschaft, zwischen Unerträglichkeit und Absurdität von Leid und Schmerz und der Möglichkeit der personalen Integration dieser Kontingenzerfahrungen in das Ganze menschlichen Seins, zwischen punktueller Empfindung von Absurdität und der Sinnträchtigkeit eines größeren religiösen Horizonts.

Im Folgenden wollen wir vorerst einen geschichtlichen Überblick über die verschiedenen philosophischen Positionen gegenüber dem Suizid geben, sodann die Grundtypen moralphilosophischer Argumentation, um schließlich vor diesem Hintergrund die aktuelle Frage nach der Legitimität von Suizid und Suizidprävention aus moralphilosophischer Perspektive zu stellen.

2. Die Haltung zum Suizid in der abendländischen Geistesgeschichte

Bevor wir daran gehen, die diversen Argumentationsfiguren der moralphilosophischen Beurteilung des Suizids freizulegen, erscheint es ratsam, sich einen Überblick über die philosophische Einschätzung des Suizids im Laufe der abendländischen Geistesgeschichte ganz allgemein zu verschaffen. Denn dessen moralphilosophische Beurteilung im Besonderen kann jeweils nur vor dem Hintergrund des philosophischen Welt- und Menschenbildes verstanden werden,

in das sie ursächlich eingebunden sind. Es ist hier allerdings nicht der Rahmen für eine detaillierte Darstellung des Suizids aus philosophischer Sicht. Dafür lässt sich auf eine Vielzahl guter Literatur verweisen (vgl. Alvarez, Ariès, Bauer, Baumann, Minois, Mischler). An dieser Stelle soll nur ein ganz allgemeiner Überblick über die großen Tendenzen bzw. Traditionen hinsichtlich der philosophischen Einschätzung des Suizids gegeben werden, mit dem Ziel, eine grobe Orientierung zu ermöglichen.

Die Ambivalenz gegenüber dem Suizid, die in den Gefühlen der Menschen festzustellen ist, findet sich auch in der Geschichte des Denkens. Auch die Philosophie weist sehr heterogene Zugänge zu dieser Problematik auf. Die geistige Bandbreite oszilliert zwischen Duldung und rigoroser Ablehnung, zu gewissen Zeiten sogar zwischen pathetischer Befürwortung und überzeugter, begründeter Verurteilung. Die Ränder dieses Spektrums werden also – philosophisch-theologisch gesprochen – durch zwei Positionen markiert: einerseits die Negation des Rechts auf Selbsttötung und deren Verurteilung als Sünde (in der Theologie) oder als strafwürdiges Vergehen (in der philosophischen Ethik) und andererseits die Verteidigung des Rechts auf Selbsttötung als eines grundlegenden Bestandteils der Freiheit des Menschen.

In der **Antike** steht man dem Suizid relativ offen und natürlich gegenüber. Sich selbst zu töten fand zum Teil sogar gesellschaftliche Anerkennung. Von einer wirklichen Freiheit kann aber auch hier nicht die Rede sein. Auch schon die antiken Denker und Schulen sind gespalten zwischen solchen, die das Recht auf Selbsttötung verteidigen (*Kyniker, Kyrenaiker, Epikureer und Stoiker*) und solchen, die es mit Nachdruck bestreiten (*Pythagoreer, Platon, Aristoteles*). Das Recht oder sogar die Pflicht, sich selbst zu töten, wurde im Wesentlichen an der Bedeutung für und den sozialen Auswirkungen auf die Gesellschaft gemessen. Dementsprechend wurde der Suizid zum einen bisweilen als Akt der Freiheit des Individuums bewundert (u.a. von Antisthenes oder Seneca), zum anderen als asoziale Tat abgelehnt (z.B. von Aristoteles). Als Tötungsdelikt im eigentlichen Sinn hat der Suizid nicht gegolten. Da Tugend in fast allen Schulen eng an Einsicht und Wissen gebunden war, entschied sich die Legitimität des Suizids an dessen Vernünftigkeit im Hinblick auf die jeweiligen Vorstellungen vom guten Leben.

Im **Mittelalter** setzte sich mit der Dominanz der christlichen Tradition zunehmend deutlicher eine negative Einstellung zum Suizid durch. Zwar kennt das biblische Ethos noch keine eindeutige Verurteilung des Suizids. Es gibt vielmehr eine ganze Anzahl von Beispielen für Suizide und suizidale Krisen. Man denke etwa an das selbst herbeigeführte Ausdem-Leben-Scheiden von König Abimelech (Ri 9,54), Simson (Ri 16,30), Saul (1 Sam 31,4f.), Simri (1 Kg 16,18), Judas (Mt 27,5) oder die Todessehnsucht von Tobit (Tob 3,6), Sara (Tob 3,13), Elija (1 Kg 19,4) und Jona (Jon 4,2ff.). Diese Erzählungen zeigen, dass Suizid in der Bibel ursprünglich zumeist als tragisches Schicksal oder altruistisches Selbstopfer gedeutet wurde. Dennoch verurteilen Judentum und Christentum, beginnend mit *Augustinus* (vgl. De civ. I, 20), den Suizid letztlich scharf. Unter Berufung auf das fünfte Gebot wird der Suizid zunehmend klarer als Selbst-*Mord* qua-

lifiziert. *Thomas von Aquin* (Summa theologiae II/2, q. 64, a. 5) entwickelt schließlich – unter Rückgriff auf die beiden platonischen und den zentralen aristotelischen Einwand – eine systematische Widerlegung des Selbstmords. Die Trias seiner Argumente – Selbstmord sei Sünde gegen Gott, gegen die Gemeinschaft und gegen das natürliche Gebot der Selbstliebe – blieb über Jahrhunderte, sei es positiv oder sei es negativ, bestimmend für die Auseinandersetzung mit dem Suizid.

Erst seit dem Beginn der **neuzeitlichen Philosophie** werden Stimmen laut (*Michel de Montaigne, John Donne* und vor allem *David Hume*), die die generelle moralische Verwerflichkeit des Suizids in Zweifel ziehen. Auch wenn die wirkmächtigsten Philosophen dieser Epoche – nämlich *Spinoza* und mit besonderem Nachdruck sodann *Kant* und die *Deutschen Idealisten* – weiterhin den Suizid als unvernünftig und moralisch illegitim darstellen, wandelt sich Schritt für Schritt die allgemeine Einstellung zu diesem Problem. Der in Gang gekommene Liberalisierungsprozess bekam neue Nahrung, als es durch den Fortschritt von Medizin und Psychiatrie gegen *Ende des 19. Jahrhunderts* zu einer Medikalisierung des Suizids kam. Die endgültige Enttabuisierung des Suizids bewirkten schließlich die bahnbrechenden Untersuchungen von *Émil Durkheim* († 1917), der die Selbsttötung als psychosoziales Phänomen (vgl. Durkheim 1897), und *Erwin Ringel* († 1994), der sie als Endprodukt einer krankhaften psychischen Entwicklung darstellte (vgl. Ringel 1953).

Als Konsequenz aus der gewandelten Sichtweise entstehen seit ca. 50 Jahren sogenannte *Kriseninterventionszentren*, d.h. multiprofessionell arbeitende Stationen der Intervention und Prävention von Suiziden. Dadurch stellt sich aus moralphilosophischer Perspektive aber auch ein neues Problem: Es geht nun nicht mehr nur um die Frage, ob Suizid moralisch erlaubt ist oder nicht, sondern auch, ob und in welchem Maß Suizidverhütung moralisch legitim ist.

3. Kriterien der Beurteilung des Suizids

Die theoretische Haltung zum Suizid hängt entscheidend von der Sichtweise von und der Stellungnahme zu zentralen Bestimmungen bzw. wesentlichen Dimensionen des Menschseins ab. Man könnte von anthropologischen Grundannahmen sprechen, die im Zusammenhang unseres Problems als Kriterien fungieren können, an denen sich die philosophische, aber auch die je persönliche Einstellung zum Suizid herauskristallisiert. Diese anthropologischen Kriterien sind nicht zu verwechseln mit dem Katalog der mitbestimmenden Ursachen eines konkreten Suizids.

a) Der Mensch ist ein „**ens contingens**“: In dieser These wird die religiös-geschöpfliche Dimension menschlicher Existenz zum Ausdruck gebracht. Der Mensch erlebt sich als kontingentes Wesen, das nicht notwendig, sondern „zufällig“ existiert, das wohl faktisch existiert, genauso gut aber auch nicht existieren könnte. Der kontingente Mensch ist nicht absoluter Herr seines Lebens. Er erfährt sich im Leben als Sich-selbst-Gegebener, als „ins eigene Sein freigegeben-

ner, individueller Geist“ (Guardini 1997, 212). Diese Erfahrung erweckt in vielen Menschen den Gedanken an ein Unendliches, Absolutes, das insbesondere in den religiösen Traditionen des Abendlandes die Gestalt eines transzendenten Wesens oder eines Göttlichen annahm. Am Begriff dieses Unendlichen und am Verhältnis zu ihm entscheidet sich die Frage, welches Verfügungsrecht sich der Mensch über sein Leben zuspricht, die Frage der Verantwortung sowie die des Ausblicks auf ein Jenseits. Am Beispiel der Zuruwaha-Indianer in Brasilien etwa konnte der große Einfluss bestimmter Jenseitsvorstellungen auf die Einstellung zum Suizid nachgewiesen werden (vgl. Fritzsche 2003). Der ausgeprägte Kontinuitätsglaube, auf Grund dessen u.a. auch der Tod bloß als natürlicher Übergang von einem Ort zu einem anderen betrachtet wird, ist einer der maßgeblichen Ursachen für die Tatsache, dass mehr als 60 Prozent der Todesfälle auf Suizide zurückzuführen sind. Das zu diesem Zweck verwendete Gift Kunaha, der Saft der Timbo-Wurzel, wird von den Zuruwaha vielsagend auch „Vehikel ins Jenseits“ genannt.

b) Der Mensch ist ein soziales Wesen, ein „**Zoon politikon**“, wie schon Aristoteles lehrte (Politik 1253a): Diese These greift die sozial-ethische Dimension menschlicher Existenz auf. Der Mensch tritt uns hier als ein Wesen entgegen, das ohne die erlangte Zuwendung und Sorge anderer Menschen nicht Mensch werden, der ohne die Hinwendung zu und die Kommunikation mit anderen Menschen nicht Mensch sein kann. Menschsein ist nur möglich unter der Bedingung gegenseitiger Solidarität, praktizierter Kommunikation, gelebten Dialogs sowie der Wechselseitigkeit von Respekt, Wertschätzung und Proexistenz. Deshalb kommen jedem Menschen auch Verantwortung und bestimmte Verpflichtungen gegenüber seinen Mitmenschen zu. Das bedeutet aber auch, dass selbstgewählte Beendigung des eigenen Lebens sich auch vor der Gesellschaft moralisch legitimieren muss.

c) Der Mensch ist **Person**: In dieser anthropologischen Grundüberzeugung liegt die individual-ethische Dimension menschlicher Existenz begründet. Der Mensch als Person ist ein freies, sich selbst anvertrautes Wesen, das über sein Leben verfügen und sein Dasein so gestalten kann, dass es den eigenen Ansprüchen gemäß ein lebenswertes Leben ist. Der Mensch zeichnet sich durch das Recht auf Selbstbestimmung, die Fähigkeit zu authentischem Selbstsein und damit untrennbar verbunden durch die Würde des Gewissens und der freien sittlichen Entscheidung aus. Als solcher steht er unter der ethischen Forderung, dieser Dignität im Gebrauch der Freiheit gerecht werden.

d) Der Mensch ist ein **geistig-leibliches Wesen**: Diese These artikuliert die ganzheitliche Dimension menschlicher Existenz. Der Mensch wird als Wesen begriffen, das als integrativer Teil in die Natur eingebunden ist und daher in gewissem Maß ihren Gesetzmäßigkeiten unterliegt. Die in seinem Geistsein begründete Freiheit muss daher sowohl der Natürlichkeit und Leiblichkeit des menschlichen Wesens als auch dem Anspruch der Vernünftigkeit Rechnung tragen. Auf unser Thema bezogen heißt das, dass in diesem Bereich die Frage der Naturgemäßheit und Rationalität des Suizids sowie des Einflusses psychischer oder organischer Erkrankungen anzusiedeln sein wird.

4. Argumentationstypen zur moralphilosophischen Einschätzung des Suizids

Suizid ist eine Realität, die so alt ist wie die Menschheit und die auch immer schon das moralische Empfinden der Menschen herausforderte. In fast allen Kulturen galt das Leben als heilig. Sich selbst zu töten war mit Ausnahme jener Fälle, die religiös gefordert oder begründet waren, dementsprechend zumeist verboten und wurden in irgend einer Form geahndet. Die Sanktionen reichten von Schändung des Leichnams über Begräbnisverweigerung bis hin zur Konfiszierung des Vermögens (vgl. dazu Mischler 2000, 60-64, 92-98; Minois 1996, 59-62). Der Suizid konnte aber auch bestimmte gesellschaftliche Funktionen erfüllen. In keiner Tradition wurde das Faktum des Suizids als wertneutral betrachtet. Die Gesellschaft begegnete diesem Phänomen immer mit einer gewissen Scheu und versuchte, eine religiöse und philosophische Antwort auf die Frage der Legitimität einer solchen Tat zu geben. Wie schon erwähnt, war die moralphilosophische Auseinandersetzung mit diesem Problem äußerst vielfältig und sehr ambivalent. Zudem sind die jeweiligen Antworten zeit- und theoriebedingt. Sie im einzelnen darzustellen, würde nicht nur den Rahmen sprengen, sondern die Gefahr in sich bergen, sich im Detail bzw. in der Exploration der sich aus dem jeweiligen philosophischen System ergebenden impliziten Prämissen zu verlieren. Daher erscheint es uns geboten, die vielen verschiedenen moralphilosophischen Einzelthesen auf die sie verbindenden Argumentationsfiguren hin zu untersuchen (vgl. dazu Wittwer 2003).

4.1. Der Mensch ist nicht unumschränkter Herr seines Lebens

4.1.1 Verfügungsrechts-Argument

Eines der wirkmächtigsten und vorrangigsten moralischen Argumente gegen den Suizid war und ist die These, dass der Mensch nicht die letzte und absolute Verfügungsmacht über sein Leben hat.

a) *Gott als Herr des Lebens*

In der religiösen Variante dieses Arguments begegnet uns Gott als derjenige, der den Menschen an seinen Platz im Leben gestellt hat, den er – wie ein Sklave im Verhältnis zu seinem Herrn – ohne Weisung Gottes auch nicht verlassen darf (Platon, Phaid. 62b), oder als Herr über Leben und Tod, der dem Menschen das Leben als Geschenk zur freien verantwortlichen Gestaltung in der Spanne zwischen Geburt und Tod übergeben hat (Thomas von Aquin, STh., qu. 64, a. 5; Katechismus der Katholischen Kirche), oder als der, der dem Menschen das Leben zur Nutzung quasi anvertraut und ihm einen ganz bestimmten Posten in der Welt überantwortet hat (Kant 1998b, A 72). Der Mensch hat unter diesen Voraussetzungen nicht die absolute Verfügungsgewalt über sein Leben. Er ist bestimmten Intentionen des Schöpfers moralisch verpflichtet. Vor allem aber umfasst die Kompetenz seiner Freiheit nicht die Entscheidung über eigenes Sein oder Nichtsein.

Wird die Prämisse akzeptiert, ist dieses Argument im Wesentlichen stichhaltig, abgesehen von der Halbherzigkeit, die im Gedanken des Lebens als Geschenk steckt. Ist es näm-

lich dem Menschen wirklich als Geschenk übergeben, dann darf er letztlich auch darüber verfügen.

b) Der Mensch als Person ist Selbstzweck

Ausgehend von der Kantischen Definition des Menschen als eines Wesens, das nicht Sache, sondern Person, d.h. „Zweck an sich selbst“ (Kant 1998a, BA 65-67) ist und als solches niemals bloß als Mittel gebraucht werden darf, wendet man mit Kant gegen die moralische Legitimität des Suizids ein, dass ein Mensch, der versucht, sich selbst zu verstümmeln oder zu töten, dabei seiner Person sich als Mittel zum Zweck bediene (Kant 1998a, BA 67). Der Zweck wird darin erblickt, einem bestehenden oder drohenden Übel zu entinnen.

Kritiker dieses Arguments – etwa K. Löwith (Löwith 1981, 408) und D. Birnbacher (Birnbacher 1990, 403) – wenden ein, dass es unmöglich sei, sich selbst zum Mittel für einen eigenen Zweck zu machen, da es doch immer mein eigener Zweck sei, um den es sich handelt. Unter der Voraussetzung der Unsterblichkeit der Seele und der Unterscheidung von homo phaenomenon (der Mensch als sinnliches Naturphänomen) und homo noumenon (der Mensch als autonom und frei entschiedenes Wesen), von denen Kant ausgeht, erscheint dieser Einwand aber nicht stichhaltig. Handelt es sich nämlich um keine totale Annihilation und um eine Tat, deren Ursprung in der Freiheit des Menschen liegt, kann eine Analogie zu jenem Verhalten des Menschen zu sich selber hergestellt werden, in dem dieser seine eigenen Ansprüche als Person übergeht und sich selbst verzweckt.

c) Sittlichkeit als Selbstzweck

Kant führt die Autonomie der reinen praktischen Vernunft als Prinzip der Sittlichkeit ins Treffen, um daraus das individuelle Recht auf Suizid moralisch zu verwerfen. Sein Argument lautet: „Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person“ zu vernichten bedeute nichts anderes, „als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach“ (Kant 1998b, A 73) zu zerstören. Diese, die Sittlichkeit selbst, bezeichnet Kant aber als „Zweck an sich selbst“. Wer sich selbst, das Fundament aller autonomen Freiheit, tötet, vernichtet jegliche sittliche Verbindlichkeit und die Bedingung der Möglichkeit von Sittlichkeit. Das steht jedoch dem Menschen nicht zu. Der Einzelne darf sich nicht über das Gebot der sittlichen Vernunft stellen. Das Suizidverbot begegnet uns hier als „Pflicht zweiter Ordnung, die Bedingung der Erfüllung der Pflicht erster Ordnung zu erhalten“ (Wittwer 2003, 327f.). Die erste Pflicht aber liegt in der Achtung vor dem Sittengesetz als solchem.

4.1.2. Recht auf Selbstbestimmung

Den Selbstverfügungs-Argumenten gegen den Suizid steht das grundlegende, in der modernen Ethik unumstrittene Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung gegenüber. Dieses Recht meint vor allem die Freiheit, über sein Leben selbst zu verfügen, was dessen Art und Gestaltung betrifft. Der Mensch ist das Wesen, das allein sich selbst gehört. Darin sehen Verfechter des Freitods wie etwa *Jean Améry* den Grund, entschieden gegen jede Fremdbestimmung des Menschen im Hinblick auf den eigenen Tod aufzutreten und die Anerkennung des Suizids als „hochindividuelle Sache“

(Améry 1994, 85) und absolut freien Akt des Menschen anzuerkennen. Ob der Suizid tatsächlich aus dieser hier unterstellten bewussten Rationalität vollzogen und als Moment absoluter Freiheit erlebt werden kann, bleibt als Frage offen.

Die einzige Grenze, die von den Befürwortern des Rechts auf Selbstbestimmung ihm gegenüber anerkannt wird, sind die Freiheit und Integrität der Person des anderen, die durch die eigene Freiheit zum Suizid nicht verletzt werden darf sowie die Verantwortung, die man gegenüber anderen trägt.

4.2. Sozialethische Argumentation

a) positiv-rechtliche Version

In diesem Fall wird Suizid aus dem Grund als moralisches Vergehen erkannt, weil der Suizident dadurch geltendes Recht verletze und die Autorität des Staates (bzw. der Polis) missachte. Im Sinne dieses Arguments steht der staatliche Herrschaftsanspruch bei *Aristoteles* im Mittelpunkt seiner Ablehnung des Suizids (Nik. Ethik V, 1138a 4-14). Wer sich selbst umbringt, begeht zwar kein Verbrechen gegen sich selbst, wohl aber gegen die Gemeinschaft und ihre Rechte. Die Auffassung, dass die Polis allein das Recht hat, über Leben und Tod ihrer Mitglieder zu entscheiden, wirkt im *römischen Recht* weiter, wenn es aus diesem Grund Sklaven und Soldaten verbietet, sich selbst zu töten.

b) strikt kollektivistische Version

Das Individuum wird unter diesem Gesichtspunkt primär oder ausschließlich als Glied in einem gesellschaftlichen Ganzen gesehen. Der für das Menschsein an sich wesentliche Bezug zur Gemeinschaft wird absolut gesetzt. Auf diesem Gedanken gründet das zweite Argument des *Thomas von Aquin*: Er geht davon aus, dass jeder Mensch Teil der Gemeinschaft ist. Wie aber jeder Teil mit allem, was er ist, dem Ganzen gehört, ist auch der einzelne Mensch quasi Eigentum der Gemeinschaft. Also ist Suizid ein Unrecht gegen die Gemeinschaft (Summa theologiae II/2, q. 64, a. 5).

c) utilitaristische Version

Im Einfluss der Aufklärungsphilosophie und ihrer Orientierung am Zweck- und Lustprinzip wurde das sozialethische Argument utilitaristisch ausgelegt. Ausgehend vom Grundgedanken des Utilitarismus, dass die Moralität von Handlungen am Grad der Maximierung des Nutzens für die Gesellschaft zu messen ist, wird die moralische Legitimität des Suizids zurückgewiesen mit der Begründung, dass der Suizident der Gesellschaft Nutzen entzieht, insofern seine Arbeitskraft, Pensionsbeiträge und dgl. verloren gehen.

Es leuchtet allerdings leicht ein, dass diese These nur bedingt anwendbar ist. Denn nicht jeder Suizident bringt durch sein Weiterleben überwiegend Vorteile in die Gesellschaft ein. Zudem ist – bleibt man in der utilitaristischen Logik – dabei immer das Prinzip der Wechselseitigkeit anzuwenden, d.h. es gilt zu beachten, dass der Suizident ja umgekehrt auch auf manche ihm aus dem Weiterleben erwachsenden Vorteile bzw. ihm zustehenden Leistungen seitens der Gesellschaft verzichtet. Bringt sich ein junger Pensionist um, dann erspart er der Pensionskassa hohe Ausgaben. Die Unhaltbar-

keit des Nützlichkeits-Arguments zeigt sich nicht zuletzt auch aus der von ihren Vertretern offensichtlich bewusst in Kauf genommenen Inkonsequenz. Denn folgerichtig müsste man – worauf etwa *Hume* (Hume, 2000, 97f.) aufmerksam macht – von jenen, die der Gesellschaft überwiegend zum Nachteil gereichen, umgekehrt verlangen, sich umzubringen, oder es zumindest begrüßen, wenn sie es tun. Bei J.-J. Rousseau (1712-1778) begegnet dieses Argument tatsächlich zwar nicht als Forderung, wohl aber als Begründung für eine teilweise Liberalisierung des Suizidverbots. Für den Fall, dass ein Mensch durch Krankheit oder Ähnliches für die Gesellschaft nicht mehr von Nutzen sein und seine Pflichten gegenüber der Kommunität nicht mehr erfüllen kann, der einzige Grund, einem Suizid aus moralischer Sicht zuzustimmen (vgl. Decher 1999, 66ff.).

In diesen Kontext sind auch die *institutionalisierten Formen des Selbstmords* zu stellen, die der Entlastung des Sozialsystems bzw. der Erhöhung der Überlebenschancen eines Volkes dienen, wie etwa die Sati-Tradition, der lange übliche indische Brauch der Witwenverbrennung (vgl. Mischler 2000, 148-157), oder die Selbstentsorgung der Alten bei den Eskimos.

d) altruistische Version

In dieser Variante wird das sozial-ethische Argument entweder auf die Basis des Kontraktualismus oder die des Solidaritäts- und Respektgedankens gestellt. Kontraktualistisch gewendet besagt das Argument, dass jeder Mensch einfach dadurch, dass er lebt und von der Integration in die Gemeinschaft profitiert, seinerseits auch gewisse moralische Verpflichtungen gegenüber einzelnen Mitmenschen und der Gesellschaft im Ganzen übernimmt. In diesem Sinn werden also soziale Bindungen als eine Art freiwillig eingegangene vertragliche Verpflichtung betrachtet. *Denis Diderot* (1713-1784), der Hauptvertreter der Enzyklopädisten, fasst diesen Gedanken in den Imperativ: „Handle so, dass alle deine Handlungen auf deine Selbsterhaltung und auf die Erhaltung der anderen abzielen!“ (Diderot, „Erhaltung“, 304) In zeitgenössischen Fassungen tritt der Gedanke des Respekts und der Solidarität in den Mittelpunkt (*Gavin Fairbairn*). Menschliches Handeln ist dann moralisch vertretbar, wenn es dem anderen keinen materiellen, psychischen oder physischen Schaden zufügt. Dieser Punkt bildet auch die Grenze der moralischen Legitimität des Suizids.

4.3. Berufung auf die Natur des Menschen

Schon seit der Antike rekurrten die Philosophen immer wieder auf die Natur des Menschen, um moralische Verhaltensnormen zu begründen. Da „**Natur**“ ein äußerst vielfältiger und schillender Begriff ist, der je nach philosophischer Einbettung die unterschiedlichsten Bedeutungen haben kann, ist es besonders wichtig, in diesem Zusammenhang gut zu differenzieren.

Im Hinblick auf unser Thema lautet die These ganz allgemein: Suizid ist moralisch verboten, weil er auf einem unnatürlichen, wider die eigene Natur (und Vernunft) gerichteten Verhalten beruht.

Den ontologischen Hintergrund der diversen Formen des

Naturrechtsarguments, ohne den diese nicht verständlich sind, bildet das Axiom, dass der Mensch mit einem natürlichen Selbsterhaltungstrieb ausgestattet sei.

4.3.1. Selbsterhaltungsargument

Die Verwerfung des Suizids durch den Aufweis, dass dieser der Natur des Menschen widerspreche, ruht auf dem Grundgedanken, dass der Mensch von Natur aus danach strebe, sich am Leben zu erhalten.

Dieser Gedanke spielt schon in der Antike eine bedeutende Rolle. Sehr nachhaltig bestimmt er die Tugendlehre der **Stoa**: Nach stoischer Auffassung ist die gesamte Natur mit einem natürlichen Impuls zur Selbsterhaltung, mit einem Urtrieb zu Selbstfindung und Selbsterfüllung ausgestattet, der die einzelnen Wesen dazu antreibt, sich das je Eigene und Entsprechende (Naturgemäße) an- und zuzueignen. Ziel dieses Prozesses – *oikeiôsis* genannt – ist der Zustand des harmonischen Selbstseins auf der Basis des bewussten Vertrautseins mit sich selbst und der Zueignung des je individuellen und artspezifischen Eigenen (*oikeion*). Darin besteht gleichzeitig das Glück des Menschen. Das erste und grundlegende Eigene ist für jedes Lebewesen der Bestand seines Seins (*systasis*) und ein Mitwissen (*syneidesis*) davon (DL VII, 85). Die Stoa lässt den Weg offen. Ist das Ziel des guten Lebens in aussichtslose Ferne gerückt, kennt sie auch die vernünftige Lösung des „wohlerwogenen Lebensabgangs (*eûlogos exagôgê*)“, der unter Umständen sogar zur Pflicht werden kann. „Patet exitus!“ (De providentia VI, 7), sagt *Seneca*. Leben und Tod sind in sich wertneutral, ein Adiaphoron, das auf Moralität und Tugend hin grundsätzlich gleichgültig und indifferent ist. Entscheidend ist die Qualität des Lebens. Deswegen gilt: „Malum est in necessitate vivere: sed in necessitate vivere necessitas nulla est (Schlimm ist es, in der Not zu leben: aber in der Not zu leben, ist keine Notwendigkeit).“ (Seneca, Ep. ad Lucil. 12, 10)

Während die antike Auffassung der natürlichen Anlage zur Selbsterhaltung durchaus einen rationalen Entschluss zum Suizid offen lässt, ist das in der neuzeitlichen Philosophie unmöglich. **Spinoza** schafft dafür die ontologische Grundlage (vgl. Bauer 1989, 41-48). Er betrachtet den Selbsterhaltungstrieb als das wirkliche Wesen eines jeden Dinges selbst (*ipsius rei actualis essentia*) (Eth III, 7). „Jedes Ding strebt, soviel an ihm liegt, in seinem Sein zu verharren“ (Eth III, 6), kann also demnach nur von einer äußeren Ursache zerstört werden (Eth III, 4). Das gleiche Streben, im eigenen Sein auf unbestimmte Dauer zu verharren, beseelt auch den Geist, der sich dessen überdies bewusst ist (Eth III, 9). Da die Vernunft nur danach verlangt, was die Natur zur Vollkommenheit führt (Eth IV, 18), Tugend aber das Vermögen ist, sich in seinem Sein zu erhalten (Eth IV, 20), erscheint es Spinoza unmöglich und absolut unvernünftig, dass der Mensch von sich bzw. von seiner Natur aus danach streben könnte, seine Existenz zu vernichten (Eth IV, 20.Sch). Da müssten schon gravierende äußere Ursachen im Spiel sein.

Der Suiziddiskurs auf der Basis des Selbsterhaltungsgedankens hat den Mangel, dass er sich zu sehr auf das Leben als physisches Gut fixiert und übersieht, dass Le-

ben vom Menschen nur dann existentiell als Leben empfunden wird, wenn es auch entsprechende psychische und geistige Qualitäten aufweist. Zudem unterliegt die Argumentation der fragwürdigen naturalistischen Annahme, dass menschliches Handeln allein durch den natürlichen Drang zur Selbsterhaltung bzw. Selbstvernichtung gesteuert werde.

4.3.2. Naturrechtliche Argumentationen

a) *Natur als allgemeines Naturgesetz*

Versteht man in dem Argument, der Suizid stehe im Widerspruch zum Naturrecht, unter Naturrecht das universale Naturgesetz, dann stößt man dabei auf die Schwierigkeit, dass das Streben nach Selbsterhaltung offensichtlich kein generelles Naturgesetz sein kann, das als solches keinen normativen, sondern bloß deskriptiven Charakter hat. Als Naturgesetz dieser Art wäre es durch jeden konkreten Fall der Nichteinhaltung falsifiziert. Nun ist aber nicht zu leugnen, dass Suizide tatsächlich geschehen. Der Selbsterhaltungstrieb kann also kein universales Naturgesetz sein.

b) *Natur als Wesen des Menschen*

Unter der Voraussetzung, dass man unter Natur das Wesen des Menschen versteht, wird der Suizid als Handlung gesehen, die dem Wesen des Menschen widerspreche. Denn das Wesen des Menschen bestehe gerade im ursprünglichen Streben, sich in seinem Sein zu erhalten (vgl. *Spinoza*). Die Schwäche dieses Arguments liegt darin, dass es sich bei dieser ontologischen These um ein empirisch nicht nachprüfbares Axiom handelt. Mit Blick auf die konkrete Wirklichkeit des menschlichen Lebens müßte man viel eher sagen, dass es zum Wesen des Menschen gehört, frei und verantwortlich zwischen Selbstsorge und Selbstvernichtung wählen zu können.

c) *Natur als lex naturalis (nicht lex naturae)*

Thomas von Aquin (*Summa theologiae* II/2, qu. 64, a. 5) führt als erstes Argument gegen den Suizid ins Treffen, dieser verstoße gegen die natürliche Neigung zur Selbsterhaltung und verletze damit das Gebot der Selbstliebe. *Thomas* spricht von einer „*inclinatio naturalis*“ zur Selbstliebe, der die natürliche Tendenz zur Selbsterhaltung entspringt. Unter natürlicher Neigung ist hier nicht ein ehernes Naturgesetz im modernen naturwissenschaftlichen Sinn zu verstehen, sondern eine essentielle Eigenschaft des Menschen, die aus seiner kreatürlichen Anlage hervorgeht.

Angesichts der – im Fall des *Aquinaten* tatsächlich verwirklichten – Möglichkeit eines Jenseitsglaubens und der Überzeugung, dass der Tod unter dieser Voraussetzung als „Übergang von diesem Leben zu einem glücklicheren“ (*STh* II/2, qu. 64, a. 5) betrachtet werden muss, dann büßt dieses Argument erheblich an Schlüssigkeit ein. Denn einen Menschen, der – aus welchen Gründen auch immer – in elenden oder psychisch kaum zu ertragenden Umständen sein Leben zu fristen hat, könnte gerade die Liebe zu sich selbst auf der Basis der Hoffnung auf ein glückliches Jenseits dazu bewegen, seine irdischen Zelte aus eigenen Stücken abzubauen.

4.3.3. Irrationalität des Suizids

Ein mit dem Naturrechtsgedanken eng zusammenhängendes Argument gegen den Suizid behauptet dessen Naturwidrigkeit aufgrund der Vernunftwidrigkeit. Sich selbst das Leben zu nehmen, sei völlig irrational, und widerspreche daher der menschlichen Handlungsnorm. Die Unvernünftigkeit wird in mehreren Überlegungen aufgezeigt:

a) *Suizid aus Selbstliebe ist eine contradictio in se ipso (Kant)*

Eine vielfach rezipierte Variante dieses Arguments entwickelt *Kant*. Ihm geht es dabei um eine negative Abgrenzung gegen den Eudaimonismus der Aufklärung, als dessen Grundmotiv er das Lustprinzip erkennt. Selbstmord aus Selbstliebe, d.h. sich selbst zu töten, um das Übel der eigenen Lebenssituation nicht weiter ertragen zu müssen, widerspricht seiner Ansicht nach eben dieser Selbstliebe bzw. der wahren Selbstliebe, deren Wesen darin besteht, das Leben zu fördern. In der *Maxime*, Selbstmord aus Selbstliebe zu begehen, wird also ein Selbstwiderspruch der Natur grundgelegt. Demzufolge ist sie aber ungeeignet, Prinzip des allgemeinen Sittengesetzes zu sein. Und aus diesem Grund kann sie auch nicht als moralisch legitim betrachtet werden.

Analog zur genuin Kantischen Gestalt kann dieses Argument auch im Hinblick auf die Selbsterhaltung als der notwendigen Bedingung der Möglichkeit für die Erfüllung menschlichen Glücksstrebens ausgeführt werden (vgl. *Sommer* 1977, 23; *Wittwer* 2003, 150). Da ich nur solange ich lebe, die Chance wahre, glücklich zu werden, muss ich vernünftigerweise danach trachten, mich selbst so weit als möglich zu erhalten. Suizid ist also widersprüchlich. Er will die Möglichkeit des Glücks offenhalten bzw. das Glück erreichen und zerstört aber *eo ipso* die unverzichtbare Bedingung dieser Möglichkeit.

Dieses Argument geht von der letztlich aristotelischen Prämisse aus, dass jeder Mensch von Natur aus nach Glück als dem letzten inklusiven Lebensziel strebe. Es problematisiert weder die Unbestimmtheit dessen, was Glück ist, noch die Tatsache, dass menschliches Handeln sich bisweilen auch an Werten (z.B. der Verantwortung für andere) orientiert, die auf Kosten des eigenen Glücks gehen. Vor allem aber wird hier nicht beachtet, dass es für einen Menschen unter bestimmten Umständen auch ausschließlich negative Zukunftsaussichten (unheilbare Krankheit, Vereinsamung, schwere Schuld und dgl.) gibt, die – zumindest aus subjektiver Perspektive – nichts anderes als den dauernden Zustand des Unglücklichseins verheißen. In diesem Fall ist eine gründliche Güterabwägung, die nicht leicht fallen wird, angebracht, um den Lebenswert der Zukunft zu eruieren.

b) *Unerkennbarkeit des Todes*

Eine andere Variante des Irrationalitätsarguments des Suizids geht von der These aus, dass man beim menschlichen Handeln von einer vernünftigen Entscheidung nur dann sprechen kann, wenn das Subjekt weiß, wofür es sich entscheidet. Der Tod lässt sich aber auf Grund seiner Irreversibilität nicht erleben. Der Mensch weiß also nichts vom Tod und dem Zustand danach. Das bedeutet, dass es ausgeschlossen

erscheint, sich aus vernünftigen Gründen für den Tod zu entscheiden. Oder anders gesagt: Suizid ist eine irrationale Handlung. Dieses Argument tritt sowohl unter Voraussetzung eines Jenseitsglaubens (z.B. bei Descartes) als auch vor dem Hintergrund eines reinen Immanentismus (vgl. Devine 1998) auf.

Gegen diese Argumentation ist einzuwenden, dass das Nichterleben des eigenen Todes nicht impliziert, überhaupt keinen Begriff bzw. keine Vorstellung vom Totsein zu haben. Eine gewisse Vorstellung von Totsein ergibt sich zumindest aus der Negation des Lebendigseins. Zudem kann es auch andere vernünftige und wissbare Gründe geben, die den Suizid rational erscheinen lassen, etwa das Ende der jetzigen unerträglichen Lebenssituation oder des psychischen Schmerzes.

c) Tod als Übel kann nicht Inhalt menschlichen Strebens sein

Menschliches Streben ist nach alter aristotelischer Auffassung immer auf ein Gutes (bonum) ausgerichtet. Der Mensch handelt demnach immer sub ratione boni. Sich selbst absichtlich Schaden zuzufügen oder Böses anzutun, widerspricht diesem Urprinzip menschlicher Vernünftigkeit. Nun ist der Tod aber für den Menschen ein Übel, so dass es klar erscheint, dass Suizid irrational ist.

Das Problem dieser Argumentation liegt darin, dass die Feststellung, was für einen Menschen ein Übel ist, nur subjektiv entschieden werden kann. In Bezug auf den Tod hängt es wohl von den konkreten Lebensaussichten und Lebensansprüchen ab, ob er als Übel oder als Erlösung oder zumindest als das geringere Übel eingestuft wird. Für *Epikur* war bekanntlich der Tod an sich im Grunde völlig bedeutungslos. Seiner Meinung nach gelte es nur die Endlichkeit als solche zu akzeptieren und das unvernünftige Streben nach Unendlichkeit aufzugeben.

4.3.4. Krankheitsargument

Unter der Voraussetzung, dass es dem natürlichen Drang und der Vernünftigkeit des Menschen entspricht, sein Leben zu erhalten, seinem Leben dagegen ein Ende zu setzen sowohl der Natur als auch der Vernunft widerspricht, lässt sich Suizid sinnvoll nur erklären, wenn der Mensch krank ist. Diese Sicht findet sich etwa bei *Spinoza* und *Hobbes*. Die moderne, vom Naturrecht entkoppelte Sicht des Suizids als Krankheit klingt innerhalb der Philosophie wohl bei *Hume* an, voll Eingang in die philosophisch-humanwissenschaftliche Diskussion findet sie aber erst durch *Erwin Ringel*.

4.4. Slippery-slope-Argument (Dambruchargument)

Das „Argument des schlüfprigen Abhangs“ – wie es wörtlich übersetzt heißt – behauptet, dass das Gutheißen einer für sich genommenen in begrenztem Maß moralisch akzeptablen Handlungsweise in der Praxis dazu führen könnte, dass auch andere moralisch verwerfliche Handlungen als erlaubt angesehen werden. Auf unser Problem übertragen besagt das Dambruchargument: Wenn der Suizid erlaubt ist, dann ist alles erlaubt, dann fallen alle durch die Moral gezogenen,

zum Schutz der Würde und Integrität des Menschen errichteten Wälle und Grenzen. Will man also die Herrschaft moralischer Willkür verhindern, dann muss Suizid verboten sein.

Eine gewisse Berechtigung kann diesem Argument nicht abgesprochen werden, und zwar im Hinblick auf die Tatsache, dass Menschen, denen das eigene Leben nichts mehr wert ist, zu allem fähig sind und vor keinem moralischen Verbot mehr zurückschrecken. Die Selbstmordattentäter unserer Tage scheinen uns das dramatisch vor Augen zu führen. Andererseits baut das Slippery-slope-Argument zu sehr auf irrationalen Ängsten auf und erscheint als zu wenig logisch schlüssig, um Allgemeingeltung als moralisches Prinzip beanspruchen zu können. Denn die Bereitschaft bzw. der psychische Drang zum Suizid allein führt noch nicht zur Haltlosigkeit absoluter moralischer Willkür. Dazu braucht es auch die Bereitschaft und Neigung zum Verbrechen, die man Suizidenten im Allgemeinen nicht unterstellen kann. Das Phänomen der zum Massenmord bereiten Selbstmordattentäter muss als spezielle Konstellation dieses Problems betrachtet werden (vgl. Croitoru 2003; Reuter 2002).

5. Versuch eines Resümees

5.1. Moralphilosophisches Ergebnis

Wenn wir die Argumentationen von den verschiedenen philosophischen Positionen aus Revue passieren lassen, wird deutlich, dass die Frage, wie Suizid moralphilosophisch zu beurteilen und welche Einstellung ihm gegenüber moralisch vertretbar ist, sich als sehr diffizil erweist. Als generelles Ergebnis kann wohl festgehalten werden, dass es keine allgemeine Antwort darauf geben kann, und zwar aus folgenden Gründen:

a) Von seiten des Subjekts her gilt:

Die Einschätzung des Suizids hängt wesentlich davon ab, von welchen moralphilosophischen, weltanschaulichen und anthropologischen Prämissen man ausgeht.

b) Im Blick auf das Objekt der Frage gilt:

Der Suizid ist ein äußerst komplexes Phänomen, dem man nur durch eine differenzierte Sicht gerecht werden kann. Dazu ist es unerlässlich, einerseits die verschiedenen Arten von Suizid zu unterscheiden – zu diesem Zweck empfiehlt es sich, v.a. auf die Studien von *Émil Durkheim* und *Jean Baechler* zurückzugreifen – und andererseits der je individuellen Eigenart und den je einmaligen Rahmenbedingungen des konkreten Einzelfalls Rechnung zu tragen. Es kann also vernünftigerweise nicht eine allgemein gültige Beurteilung des Suizids schlechthin geben. Man kann letztlich nur für den einzelnen Suizid je für sich die moralische Legitimität klären. Deshalb ist es aber nicht ausgeschlossen, an Hand von groben Richtlinien quasi konditional eine gewisse Voreinstellung zum Suizid einzunehmen.

Die moralphilosophische Diskussion zeigt, dass sich ein striktes generelles Suizidverbot moralisch nicht überzeugend begründen lässt (vgl. Wittwer 2003, 396f.). Je nach ideellen Vorannahmen erscheint die Selbsttötung sogar unter gewissen Umständen für sich allein genommen moralisch unbe-

denklich. Erst aus der Einbeziehung der theologischen und sozial-ethischen Argumente ergeben sich **Grenzen für die moralische Legitimität des einzelnen Suizids**.

a) Für einen Menschen, der an einen persönlichen Gott glaubt, ergibt sich zumindest die Forderung, in einer Weise mit dem Geschenk des Lebens umzugehen, die er in seinem Gewissen vor Gott verantworten kann. Zugleich weitet sich vor dem Hintergrund einer Theologie des Leidens möglicherweise der Blick für tiefere Dimensionen des Lebens.

b) Ausnahmslos für jeden Menschen wird die Freiheit, sich selbst zu töten, durch die Verantwortung für die betroffenen Mitmenschen eingegrenzt. Aus der Frage, wer durch meine Tat psychisch verletzt und in seiner materiellen und psychischen Existenz bedroht, vielleicht sogar selbst in den Tod getrieben wird, ergeben sich für den Einzelfall vermutlich viele ernstzunehmende moralische Bedenken gegen den Suizid.

c) Ein schlüssiges generelles Suizidverbot kann aus Kants Argument der Autonomie der sittlichen Vernunft abgeleitet werden, das darauf hinausläuft, dass das moralische Gesetz um seiner selbst willen erfüllt werden muss, ohne Rücksicht auf subjektive Neigungen und Interessen des Betroffenen. Doch auch dieses Argument ist nicht voraussetzungslos. Es beruht im Letzten auf der (rationalistischen) Annahme einer überindividuellen, apriorisch vorprogrammierten Vernunft, die unseres Erachtens der Konkretheit, Individualität und heute vielfach diskutierten Vielfalt der Vernunft nicht gerecht wird und die Selbstbestimmung der Person durch heteronomielastige Universalitätsstrukturen wieder unterläuft.

Lässt sich aber eine strikte moralische Illegitimität und ein generelles Verbot des Suizids nicht begründen, dann muss auch umgekehrt die Frage nach den **Grenzen des moralischen Rechts auf Suizidprävention und –intervention** gestellt werden. Die Frage lautet: Ist (gewaltsame) Suizidverhütung eine humanitäre Aufgabe, die keiner weiteren Begründung bedarf (*Holderegger*) und daher in jedem Fall erlaubt ist? Darf jemand gegen seinen ausdrücklichen Willen um jeden Preis am Leben erhalten werden?

In dieser Problematik stehen einander das grundlegende Recht der einzelnen Person auf Selbstbestimmung und die moralische Pflicht, das Leben oder eben diese Person vor sich selbst zu schützen gegenüber.

a) Sind die biographischen Daten und die derzeitige psychische Verfassung des Suizidenten sowie die näheren Umstände und die soziale Situation des Suizidenten nicht bekannt, dann ist es – im Hinblick auf die Unumkehrbarkeit der Folgen einer solchen Tat und zum Schutz des zu vermutenden Eigeninteresses – moralisch berechtigt, ihn vom Suizid abzuhalten und damit sein Selbstbestimmungsrecht einzuschränken. *Héctor Wittwer* bringt diese Überlegung auf die Formel „**In dubio pro vita!**“ (*Wittwer* 2003, 382ff.).

Dieser Grundsatz gilt auch für den Fall, dass man um eine transitorische psychische Dekompensation des Suizidenten

weiß, die sehr häufig mit der Unfähigkeit verbunden ist, die eigene Lebenssituation und die zu erwartenden Zukunftsaussichten realistisch und nicht nur einseitig pessimistisch zu beurteilen. Ähnlich wie vorher schützen hier die Helfer – natürlich auf der Basis ihrer subjektiven Einschätzung der realen Möglichkeiten des Suizidenten – den Lebensmüden vor sich selbst, indem sie die ihm unterstellten langfristigen Lebensinteressen gegen dessen vorübergehenden destruktiv-pessimistische Impulse sichern.

b) Schwieriger wird die Entscheidung, wenn sich herausstellt, dass die Suizidalität nicht bloß vorübergehend und krisenbedingt ist, sondern einer nüchternen Grundstimmung und Überzeugung einer voll zurechnungsfähigen Person entspringt. Darf in diesem Fall das Selbstbestimmungsrecht auf Dauer gewaltsam beschnitten werden? Oder muss es in gewissen Fällen heißen: „**De principiis pro libertate!**“? Lässt sich also mit Gewissheit der freie und feste Willen eines Menschen feststellen, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, dann sollte unter Rücksicht auf das moralische Prinzip der Selbstbestimmung der persönlichen Freiheit des Einzelnen das Vorrecht eingeräumt werden.

Die eigentliche Schwierigkeit dieser Maxime liegt darin, dass man es von außen wohl nur sehr schwer beurteilen kann, ob und wann es in der Realität wirklich der Fall ist, dass in einem Menschen die Entscheidung zum Suizid aus reiner Freiheit und reifer Überzeugung, also ohne jegliche krisenbedingte Beeinträchtigung, getroffen wurde, so dass sie im Hinblick auf das Recht auf Selbstbestimmung zu respektieren ist. Es müssen laute Zweifel angemeldet werden, ob eine in dieser Weise freie Entscheidung je bei einem Menschen in suizidaler Enge möglich ist. Lässt sich objektiv eine falsche Einschätzung der Zukunftsaussichten feststellen, dann steht die moralische Legitimität der Intervention außer Frage. Genauso unumstritten ist das Angebot medizinischer Hilfe, klärender Beratung oder therapeutischer Unterstützung.

Der ethische Grundsatz, bei offensichtlich vorliegender freier Entscheidung für den Suizid das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zu respektieren, sollte aber auf jeden Fall als regulatives Prinzip zur Anwendung kommen. Damit ist gemeint, dass bei überzeugt todeswilligen Menschen kritisch darauf geachtet werden sollte, dass die Person nicht total entmündigt wird. Denn unter diesen Umständen werden die personalen Fähigkeiten der Person, wie etwa Stellung nehmen und Entscheidung treffen zu können, und damit auch ihre Existenzfähigkeit erst recht untergraben. Zudem gilt es immer mit zu bedenken, dass wir über keinen allgemein gültigen Maßstab des guten Lebens verfügen. Die Kriterien dafür sind letztlich an den subjektiven Ansprüchen des Einzelnen zu messen. Die Gefahr, dem Suizidenten die eigenen Vorstellungen von Glück aufzuoktroieren, lauert im Tätigkeitsfeld der Krisen- und Suizidintervention stets latent im Hintergrund. Schließlich hat auch der kritische Einwurf sein argumentatives Gewicht, dass die Grenze zu anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen (Verweigerung lebensnot-

wendiger Medizin, exzessiver Alkohol- oder Nikotinkonsum, Risikosportarten und dgl.), die nicht selten von einer latenten Todessehnsucht oder einem fatalistischen Defaitismus bestimmt sind und wo aus Rücksicht auf das Recht auf freie Selbstbestimmung nicht verhütend eingeschritten wird, nur sehr schwer zu ziehen ist.

5.2. Existenzanalytische Verortung

In einem letzten Schritt wollen wir versuchen, die Relevanz dieser moralphilosophischen Überlegungen für Theorie und Praxis der Existenzanalyse einzuholen. Dieses Unterfangen stößt auf zwei Schwierigkeiten: Zum einen stellt es uns vor die Aufgabe, die anthropologischen Grundlagen der Existenzanalyse in den Blick zu nehmen. Diese in extenso zu entfalten, würde aber den hier gebotenen Rahmen sprengen. Wir werden uns daher darauf beschränken, die wesentlichen Eckpunkte des existenzanalytischen Verständnisses menschlicher Existenz und die daraus sich erhellenden Implikationen für den Umgang mit suizidalen Menschen aufzuzeigen. Zum anderen besteht ein methodologisches Problem. Geht es der Moralphilosophie darum, vom Wesen und den Grundlagen des Sittlichen her Kriterien zu entwickeln, das Phänomen des Suizids der Würde und der Verantwortung des Menschen gemäß richtig einzuschätzen und daraus Konsequenzen für das konkrete ethische Verhalten zu ziehen, so versteht sich die Existenzanalyse primär als therapeutische Schule, deren Zugangsweise auf Probleme wie das des Suizids dezidiert phänomenologisch ist. Einem phänomenologischen Vorgehen entspricht es aber nicht, sich von eigenen Bewertungen, Einschätzungen und Deutungen der zur Sprache gebrachten Wirklichkeit leiten zu lassen. Man wird wohl nicht leugnen können, dass auch ein Existenzanalytiker, insofern er geistiges Wesen ist, eine je persönliche Einstellung zum Suizid hat. Eben diese hat er im Zuge der phänomenologischen Vorgangsweise im Sinne der Epoché jedoch einzuklammern, was übrigens nur gelingen kann, wenn er sie auch kennt und benennen kann und sich nicht der Illusion hingibt, keine zu haben. Unter der Voraussetzung der Phänomenologie ist die Existenzanalyse daher darauf bedacht, dem Phänomen des Suizids und dem davon betroffenen Menschen offen zu begegnen, d.h. zusammen mit dem Klienten zu sehen und zu verstehen, was sich da zeigt. Das therapeutische Ziel solchen Vorgehens besteht darin, auch beim suizidalen Menschen den Mut und die Bereitschaft zu wecken, dem Leben und sich selbst zu begegnen. Was sich seinem schauenden und begegnenden Akt nun zeigt, was sich ihm zuspricht und wie es von ihm verstanden wird, das bleibt völlig offen. Es kann dem suizidalen Mensch gelingen, auf diesem Weg zu seinem Leben – wenigstens ansatzweise – wieder Nähe aufzunehmen und ihm auf die Spur zu kommen, die Begegnung kann aber auch scheitern. Beide Akte, das Ja zum Weiterleben wie auch das Ja zum Beenden dieses Lebens, sind Ausdruck der Freiheit des Menschen und als solche personale Akte.

Bereits die kurz angeschnittenen Implikationen der phänomenologischen Zugangsweise zum Suizidproblem geben essentielle Züge jenes Menschenbildes zu erkennen, das den

philosophisch-anthropologischen Horizont der Existenzanalyse absteckt. Zudem zeichnet sich ab, dass das hier aufleuchtende Verständnis des Menschen an denselben anthropologischen Grundkonstanten anknüpft, die auch den hinführenden Bemerkungen zum Suizid (Kap. 1 und 3) sowie den abschließenden moralphilosophischen Überlegungen (Kap. 5.1) zu Grunde liegen.

5.2.1. Frankls logosorientierte Anthropologie

Im Mittelpunkt der existenzanalytischen Anthropologie steht von ihren Frankl'schen Ursprüngen her die Überzeugung, dass der Mensch Person ist (Frankl 1996, 144-158). Hinsichtlich des näheren Verständnisses dessen, worin das Personsein des Menschen begründet ist, in welcher existentiellen Dynamik es zum Ausdruck kommt und was es für den konkreten Lebensvollzug des Menschen bedeutet, gab es allerdings – wie wir weiter unten noch deutlicher sehen werden – seit Frankl innerhalb der Existenzanalyse gewichtige Weiterentwicklungen (Längle 1999b).

Nach Frankl ist der Mensch Person „kraft der Tatsache, dass er nicht nur *ein Mensch unter anderen*, sondern auch *anders als alle anderen* ist – und dass er in diesem seinem Anderssein gegenüber allen anderen etwas Einmaliges und Einzigartiges ist“ (Frankl 1987, 202). Die Einzigartigkeit der Person und die in der Endlichkeit des Lebens gründende Einmaligkeit jeder Situation verleihen der menschlichen Existenz den ihr eigentümlichen Aufgabencharakter. In diesem Sinn ist das Leben Gabe und Aufgabe (Auftrag) zugleich. Den aktuellen Vollzug des Personseins sieht Frankl ähnlich wie die Existenzphilosophie dem Appell unterworfen, die je eigenen „einzigartigen und einmaligen Möglichkeiten zu verwirklichen“ (Frankl 1987, 91). Das Dasein des Menschen ist aufgrund seines Personseins daher untrennbar verbunden mit Freiheit und Verantwortung. Der Einzelne steht jeweils in einer einmaligen geschichtlichen Situation und ist gegenüber dem Anspruch ihrer Möglichkeiten in seiner Freiheit und Verantwortung unvertretbar. Sein Dasein ist keine Faktizität, sondern Existenz, kein bloßes Vorhandensein von bestimmten Tatsachen, sondern ein „mögliches Sein“ oder, wie Jaspers sinngemäß sagt (Jaspers 1984, 119), ein „entscheidendes Sein“, d.h. ein Sein, das sich – allerdings auf dem Fundament der eigenen Realität und des bisherigen Gewordenseins (Längle 1999a, 33f) – immer erst entscheidet, was es ist und sein wird. Ein Sein, dessen Wirklichkeit Möglichkeit ist, das geprägt ist von ewiger Unabgeschlossenheit und undispensierbarer Sich-selbst-Aufgegebenheit (Frankl 1987, 120), ist Freisein. Ist der Mensch aber in dieser Weise frei, dann auch verantwortlich für seine Existenz. Für Frankl ist daher menschliches Dasein im Kern „ein Verantwortlichsein angesichts seiner Endlichkeit“ (Frankl 1987, 118). Diese Verantwortung dem Menschen bewußt zu machen ist das Grundanliegen der Frankl'schen Existenzanalyse (Frankl 1959, 718).

Die ontologische Voraussetzung für diese Form freier Existenz sieht Frankl in der Tatsache, dass der Mensch nicht nur durch ein Psychophysikum, nicht allein durch Seele und Leib konstituiert ist, sondern wesentlich durch Geist. Der Spielraum der Freiheit, den der Mensch als Person trotz bzw.

in all ihrer psychophysischen Bedingtheit hat, seine „Autonomie trotz Dependenz“, wie Frankl mit N. Hartmann immer wieder betont (u.a. Frankl 1959, 680; 1996, 111), ist dessen Meinung nach ein unbezweifelbarer Beweis für die Geistigkeit der Person (Frankl 1996, 110). „Sofern der Mensch Geist ist, existiert er als Person.“ (Frankl 1996, 117) Im Unterschied zur psychophysischen Faktizität ist der Mensch als „geistig-existentielle Person“ ein „Individuum“, ein „Insummabile“ und ein „Novum“ (Frankl 1959, 667; 1996, 110), d.h. seine Existenz ist unteilbar, unverschmelzbar und unübertragbar. Im Geistsein und dem besonderen Verhältnis des Geistes zum Psychophysikum erkennt Frankl das spezifisch Humane (Frankl 1996, 34). Diese Dimension eröffnet der Person die spezifisch menschliche Fähigkeit zu Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz. In ihnen offenbart sich die personale Qualität der Freiheit als Freiheit vom eigenen Sosein, wie sie dem Menschen vor allem in der Selbstbesinnung erfahrbar wird, und als Freiheit zum Anders-werden, die in der authentischen Selbstbestimmung zum Ausdruck kommt (vgl. Frankl 1996, 145).

Die Dynamik, die dem Menschenbild der ursprünglichen Existenzanalyse zu Grunde liegt, folgt – wie hinlänglich bekannt ist und aufgewiesen wurde (Längle 1999b) – dem Konzept eines von Frankl selbst so genannten „*psycho-noetischen*“ bzw. „*noo-psychischen Antagonismus*“ (Frankl 1959, 666 bzw. 682; 1996, 148). Er erkennt als Spezifikum des Menschen den Umstand, dass es beim Menschen anders als beim Tier neben dem „obligaten psychophysischen Parallelismus“ auch noch einen „fakultativen psychonoetischen Antagonismus“ gibt (Frankl 1996, 148), die zusammen die leiblich-seelisch-geistige Ganzheit des Menschen ausmachen. Der Mensch ist also wesentlich eine Ganzheit der drei Dimensionen Leib-Seele-Geist, die sich gegenseitig durchwirken. Frankl betont aber mit großem Nachdruck wiederholt, dass im Blick auf die Ganzheit die klare Differenzierung der verschiedenen Dimensionen nicht vernachlässigt werden darf. Der Mensch ist für Frankl also ganz wesentlich eine „Einheit *trotz* Mannigfaltigkeit“ (Frankl 1987, 46). Seine Einheit besteht weniger darin, dass er sich aus Leib, Seele und Geist zusammensetzt, als vielmehr darin, dass sich das Geistige mit dem Leiblichen und Seelischen auseinandersetzt (Frankl 1996, 112). Wenngleich Frankl bisweilen von einer bloß heuristischen Trennung der Dimensionen bei bestehender realer Einheit der ganzheitlichen menschlichen Existenz (Frankl 1959, 685; 1987, 40; 1996, 147) und von einem „geistigen Apriori“, das alles Leibliche und Seelische zu einem spezifisch menschlichen macht (Frankl 1959, 681f.), spricht, wird er nicht müde, (gegenüber den diversen Reduktionismen seiner Zeit) die „Eigengesetzlichkeit alles Geistigen“ (Frankl 1987, 38) und dessen ontologische Diversität und Inkommensurabilität mit dem Seelischen und Leiblichen zu betonen. Das Geistige ist wesentlich ein Sich-Abgrenzendes, als Existenz von der Faktizität und als Person, die der Mensch „ist“, vom Charakter, den er „hat“ (Frankl 1959, 685). Den Menschen als geistige Person zeichnet daher vornehmlich die Fähigkeit aus, sich vom faktisch vorliegenden Psychophysikum und seiner Dynamik distanzieren (Frankl

1996, 147) und auf Wert-geschätztes (Geliebtes) hin transzendieren zu können (Frankl 1987, 201ff.).

Die These von der „geistigen Freiheit“ des Menschen im Sinne der „Trotzmacht des Geistes“ gegenüber den psychophysischen Bedingtheiten menschlicher Existenz (Frankl 1959, 684f.; 1996, 110) bildet einen Kernsatz der Anthropologie Frankls, und das sowohl in theoretischer als auch in therapeutischer Hinsicht (vgl. Raskob 2003, 183-189). Auf ihr basiert letztlich der Anspruch, mit seinem Ansatz eine Rehumanisierung der Psychotherapie zu betreiben. Darüber hinaus liegt in ihr aber auch der Schlüssel zur Praxis logotherapeutischer Arbeit (Fintz-Müller 2002, 144-169). Frankl wörtlich dazu: „Der noo-psychische Antagonismus ist (...) von exquisiter therapeutischer Relevanz.“ (Frankl 1996, 148). Die in dieser Fähigkeit sichtbar werdende „Mächtigkeit“ und „Dynamis“ der geistigen Person, in der sich eine letzte „Unbedingtheit des Geistigen“ offenbart (Frankl 1996, 110), ist die Voraussetzung dafür, dass Logotherapie und Existenzanalyse das sein können, was sie im Sinne Frankls eigentlich sein sollen, nämlich „Therapie vom Geistigen (Logos) her und auf Geistiges (existentielle Person) hin“ (Frankl 1996, 108).

Die eben skizzierten Grundpositionen der Anthropologie Frankls bestimmen auch seine Stellungnahme zum Problem des Suizids. Unter besonderer Bedachtnahme auf die Dimension des Geistig-Personalen menschlicher Existenz erkennt er es als oberstes Gebot jeglichen therapeutischen Bemühens, dem suizidalen Menschen unter allen Umständen und in allen Fällen die „Sinnwidrigkeit des Selbstmordes“ und die „unbedingte Sinnhaftigkeit des Lebens (...) zu beweisen“ (Frankl 1987, 89). Der Suizid ist sinnlos, da er in keinem Fall ein Problem wirklich lösen kann, im Gegenteil dem Menschen die Chance nimmt, in Auseinandersetzung mit der problembeladenen Faktizität des Lebens seine Existenz als geistige Person genuin menschlich zu verwirklichen. Als solches ist Suizid die Negation der Freiheit. Nach Frankl können und sollen aber auch in der Extremsituation der Suizidalität der psychonoetische Antagonismus und die Trotzmacht des Geistes zum Tragen kommen. Der Mensch ist frei, auch noch gegenüber schier unerträglichem Leid und gnadenlosem Schicksal Stellung zu beziehen. Er kann es als sinnerfüllend erleben, trotzdem Ja zum Leben zu sagen und sich als Person darin zu seiner Vollendung zu bringen. Dieser Gesichtspunkt regt Frankl dazu an, die Aufgabe der (hier klassisch logotherapeutisch operierenden) Suizidintervention nicht darin zu sehen, primär die Ursachen des Unglücklichseins aus der Welt schaffen zu wollen, sondern vielmehr den lebensmüden Menschen beizubringen, „ein gut Stück Sinn ihres Lebens gerade darin zu sehen (...), dass sie ihr Unglück innerlich überwinden, an ihm wachsen, sich ihrem Schicksal gewachsen zeigen, auch dann, wenn es ihnen etwas versagt“ (Frankl 1987, 90). Frankl, der offensichtlich ausschließlich jene Form der Suizidalität vor Augen hat, die als Folge einer akuten Belastungsreaktion auftritt, setzt bei seiner Intervention also vor allem auf die innere Überwindung der Notsituation kraft der sinnorientierten Trotzmacht des Geistes. Dabei steht unausgesprochen auch der Gedanke der mit seinem Begriff des Geistigen verbundenen (moralischen) Pflicht im Raum. Im

Blick auf diese besondere Fähigkeit und Verantwortung des Menschen vertritt Frankl die Überzeugung, dass Suizid letztlich „niemals gerechtfertigt“ ist (Frankl 1987, 89). Das subjektive Empfinden für die Qualität des je eigenen Lebens und die vielen, im emotionalen Erleben liegenden und durch geistige Sinnzuschreibung und freie Willensentscheidung nicht zu heilenden Wurzeln der Suizidalität finden zu wenig Beachtung.

5.2.2. Anthropologie der neueren Existenzanalyse (Längle)

Die Existenzanalyse ist und war keine homogene Psychotherapieschule (Raskob 2003, 21-134). Vielmehr lassen sich hinsichtlich ihrer Anthropologie und therapeutischen Methodologie gravierende Weiterentwicklungen aufzeigen, die zum Teil in einer Kritik an Frankls Lehre ihren Ausgang nahmen. Aufgrund des inhaltlichen Gewichts ist es angebracht, diese Reformbewegung hier eigens zu Wort kommen zu lassen.

So bedeutsam die Betonung der „bedingten Freiheit“ (Frankl 1959, 686f.) des Menschen in der Auseinandersetzung mit Psychologismus und Soziologismus um die Mitte des 20. Jahrhunderts auch war, weist die ontologische und anthropologische Begründung dieses Gedankens doch eine Tendenz auf, die den Vertretern der modernen Existenzanalyse zu Recht anthropologisch bedenklich erscheinen. Es war vor allem A. Längle, der daran ging, Frankls Begriff des Geistigen mit seiner Idealisierung und Abhebung vom Psychophysischen kritisch zu beleuchten. Er kam dabei zu dem Schluss, dass Frankls Anthropologie „ihrem Wesen nach dichotom“ (Längle 1999b, 19) ist. Unter philosophischem Gesichtspunkt muss man noch pointierter sagen, dass sie in der Tat dualistische Züge trägt. Mit seiner Dimensionalontologie weist Frankl wohl über den cartesianischen Dualismus in gewissem Maß hinaus, von dessen Überwindung zu sprechen (Fintz-Müller 2002, 151), erscheint aber übertrieben. Wohl betont Frankl, dass uns geistige Existenz nicht anders als in Koexistenz mit dem Psychophysikum bekannt ist (Frankl 1996, 133f.) und der Mensch bis in seine Leiblichkeit hinein immer schon von dessen Geist geprägt ist (Frankl 1987, 50), dem faktischen Zueinander von psychophysischer Faktizität und Geistigem verleiht er nichtsdestotrotz die ontologische Struktur eines dualistischen Überordnungs- und Abhängigkeitsverhältnisses.

Das sei exemplarisch an einigen wenigen Punkten angedeutet. Zum einen entwickelt Frankl den Gedanken der geistigen Freiheit des Menschen gegenüber dem psychophysischen Organismus bewusst in Abgrenzung gegenüber Spinozas monistischem Konzept des psychophysischen Parallelismus (Frankl 1996, 125). Abgesehen davon, dass Frankl mit seinem Begriff des Geistigen keine absolut neue, bei Spinoza zur Gänze fehlende Seinsdimension einbrachte – denn Spinozas Parallelismus bezieht sich auf das Verhältnis von Körper und Geist („essentia formalis“ und „essentia objectiva“, ausgedehntem Sein und geistigem Sein) (Bauer 1989, 36-41), schließt also jene Wirklichkeit mit ein, die unter anderen Elementen auch unter Frankls Begriff des Geistigen fällt (Frankl 1959, 670f.) –, abgesehen davon also wird klar, dass er mit seinem Gegenkonzept ungewollt die Problemlage, auf die Spinoza eine philosophische Antwort zu geben versuchte, nämlich Descartes' dualisti-

sche Aufspaltung des Menschen in eine „res cogitans“ und eine „res extensa“, übernimmt. Und es gelingt Frankl auch nicht wirklich, sich von dieser Vorgabe zu lösen und von Grund auf philosophisch zu unterlaufen. Vielmehr finden sich Aussagen, die unverkennbar platonisch-dualistisches Denken widerspiegeln. So etwa betont Frankl im Sinne eines platonischen Essentialismus, dass das So-sein (essentia) überhaupt nicht angewiesen sei auf das Dasein (existentia), sondern – als von ihm völlig unabhängig – letzteres ontologisch übersteige (Frankl 1987, 172). Erschreckend klar tritt der Dualismus weiters dort zu Tage, wo das Verhältnis von Geist und psycho-physischem Organismus als instrumentelle Relation von Handelndem und Werkzeug beschrieben wird. „Die Beziehung zwischen geistiger Person und somatischem Organismus ist eine instrumentale; der Geist instrumentiert das Psychophysicum – die geistige Person organisiert den psychophysischen Organismus – ja, sie macht ihn überhaupt erst zu ‚ihrem‘, indem sie ihn zum Werkzeug macht, zum Organon, zum instrumentum. So kommt es denn, dass sich die geistige Person zu ihrem Organismus analog verhält, wie der Musiker zum ‚Instrument‘.“ (Frankl 1996, 107) Diese Formulierungen gemahnen an Platons Erzählung vom Wagenlenker (Geist) und den beiden Rössern (Begierde und Emotion), das er im *Phaidros* als Bild für die Beschreibung der seelischen Kräfte des Menschen verwendet. Ähnlich wie bei Augustinus ist nach Frankl der eigentliche Mensch allein die geistige Person, alles andere dagegen ist in Dienst zu nehmendes Werkzeug. „Der Mensch ‚hat‘ Leib und Seele – aber er ‚ist‘ Geist.“ (Frankl 1996, 112)

Gegenüber der Überbetonung des Geistigen und dem ihm innewohnenden Hang zu rational-voluntaristischen Therapiemethoden entwickelt die moderne Existenzanalyse unter A. Längle eine Anthropologie, in der die Ganzheitlichkeit des Menschen nicht im Antagonismus zwischen geistiger Person und Psychophysikum, sondern – antidualistisch – in der „ursprünglichen Einheit und Verbundenheit der drei Dimensionen“ verankert wird (Längle 1999b, 20). Die Konsequenz daraus ist die, dass neben den in Frankls Konzept zentralen Themen wie Sinn, Gewissen und Verantwortung diesen vorgängig der gesamte Bereich der Emotionalität und des subjektiven Erlebens als die Prozessebene der Person in den Vordergrund rückt (Längle 2003). Das subjektive Erleben als das Wahrnehmen des Lebens mit emotionaler Resonanz ist der Schlüssel zur Dynamik der Person und möglicherweise vorhandenen psychischen Störungen. Als Schnittstelle zwischen Innen- und Außenwelt ist ein gesundes Erleben auch der Ansatzpunkt jeglicher existenzanalytischer Therapie. Als Ziel der Existenzanalyse gilt Längle nicht mehr – wie bei Frankl – allein die Bewußtmachung der Verantwortung und die Hinführung zur Fähigkeit zu Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz, sondern kurz gesagt die „innere und äußere Dialogfähigkeit“ (Längle 2003, 29) des Menschen. Intendiert ist, dem Menschen zum offenen, lebendigen Austausch mit sich selbst und der ihm begegnenden Welt zu verhelfen.

Längle konnte in seinem Konzept der vier Grundmotivationen (Längle 1999c; 2002) aufweisen, dass sich dieser zweipolige dialogische Lebensfluss im konkreten Existenzvollzug nur dann einstellt, wenn vier fundamentale Strebungen

intakt sind und aus ihnen heraus ein vierfaches Ja zum Leben gesprochen werden kann. Personales menschliches Dasein setzt vor allem voraus, dass der Mensch ein Sein-können (Ja zur Welt), ein Leben-mögen (Ja zum Leben) und ein Selbstsein-dürfen (Ja zur eigenen Person) von außen erleben und durch eigene Stellungnahme sich aneignen kann. Dies sind die basalen personalen Bedingungen erfüllter Existenz. Erst wenn solcher Art die Person gut fundiert ist, gelangt das menschliche Streben in der Erfahrung von Sinn zur Abrundung, eine Erfahrung, die ihm die personale Aktivität des Handelns erschließt.

Mit dieser Strukturreform der existenzanalytischen Anthropologie wird die geistige Person keinesfalls in ihrer Bedeutung gezeugnet, sie verliert aber ihre einseitig opponierende Position im Gesamtgefüge des Menschseins und sie wird dynamischer aufgefasst, wie sich an Längles therapeutischem Konzept der Personalen Existenzanalyse (PEA) (Längle 2000) und am anthropologischen Strukturmodell der vier Grundmotivationen (Längle 2002) zeigt. Die Geistigkeit des Menschen wird konsequenter als bei Frankl in ihrer ursprünglichen Einheit mit dem Körperlich-Triebhaften und dem Sinnlich-Psychischen gesehen. Soma und Psyche sind von ihrem Ursprung her vergeistigt und als solche umgekehrt Ausdruck des Geistigen (Längle 1999b, 23). Leib und Emotion sind in je ihrer Weise Sprachrohr der Person. Es kann daher nicht darum gehen, am Leib und Gefühl vorbei oder gegen sie existieren zu wollen. Die moderne Existenzanalyse strebt vielmehr danach, „durch Leib und Gefühl hindurch zu Sinn und Wert, Gewissen und Verantwortung, Freiheit und Entscheidung“ (Längle 2003, 38) vorzudringen.

Unter diesen Voraussetzungen bekommt auch die Selbsterfahrung, die Frankl für „anti-logotherapeutisch“ hielt, weil sie „geistige Nabelschau“ betreibe und dadurch den Menschen vom existentiellen Auftrag zur Selbst-Transzendenz wegführe (Längle 1998, 279f.), den ihr gebührenden Stellenwert. Die offene Zuwendung zu und das innere Gespräch mit sich selbst eröffnen den Zugang zu jenem Bereich der Person, die gleichsam ihre geistige Brutstätte darstellt, zur Intimität mit sich im Gewissen. Erst wenn der Mensch die fundamentalen existentiellen Motivationen, die die Voraussetzungen eines gelingenden Existenzvollzugs sind, durch Selbstannahme und personale Stellungnahme für sich selbst „ratifiziert“, kann die Person zum vollen Leben gelangen (Längle 1999c, 20f.). Damit menschliches Dasein personale Existenz zu sein vermag, ist daher nicht nur die von Frankl mit Nachdruck eingeforderte „existentielle Wende“ bzw. „kopernikanische Wendung“ (Frankl 1987, 96, 144) vonnöten, sondern ganz wesentlich auch die „personale oder emotionale Wende“ (Längle 1999a, 33), d.h. die Hinwendung zu den in der eigenen Innenwelt aktiven Emotionen und dem innersten Gespür für das Je-Meinige und Richtige.

Gelingt es dem Menschen, in dieser Weise sein Personsein zu aktuieren, erfährt er sinnerfüllte Existenz. In diesem Sinn gründet auch in der neueren Existenzanalyse – ähnlich wie bei Frankl und doch entscheidend anders – Existenz ihrem Wesen nach im „*Vollzug des Personseins*“ (Längle 2001, 184). Konkret erschließt sich dem Menschen der personale Existenzvollzug – wie wir schon sahen – dadurch, dass er in

den dialogischen Austausch mit seiner Außen- und Innenwelt tritt, sich dem ihm daraus ansichtig werdenden Anspruch öffnet, je persönlich Stellung nimmt und in Entschiedenheit frei handelt.

Aufgrund der doppelten dialogischen Offenheit gewinnt die Freiheit einen radikalen, ursprünglichen Charakter. Konstitutiv für sie sind nicht nur die freie Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des Menschen aus seinem Streben und Wollen heraus sowie ein Wozu bzw. Woraufhin des Handelns kraft der Fähigkeit zum Wertfühlen, zur Sinnfindung und zur Selbsttranszendenz, sondern auch ein freies Woraus des Handelns im Sinne seines Ursprungs in der Authentizität und Stimmigkeit der Person. Sie sind die Garantie dafür, dass das menschliche Tun die Gratwanderung zwischen Beliebigkeit bzw. Unverbindlichkeit und heteronomer (moralischer) Gebundenheit geht.

Vor diesem Hintergrund ist es der Existenzanalyse möglich, dem Problem des Suizids ernsthaft phänomenologisch zu begegnen. Dem Menschen wird die Möglichkeit zuerkannt, sich auch dafür zu entscheiden, sich aus dem Leben in dieser Welt zurück zu ziehen, weil das Leben sich abgewandt hat und sich ihm nur noch von seiner brutalen, grausamen Seite zeigt. Er ist letztlich also auch frei, den Tod zu wählen, weil er darin neues, besseres Leben erhofft. Diese Freiheit grundsätzlich zu respektieren und darüber hinaus die innere Motivation des Todeswilligen offen wahrzunehmen und zu verstehen, gebietet uns die Achtung vor der Person und ihrer letzten Selbstgehörigkeit. Diese Art des therapeutischen Zugangs kann den Betroffenen mit den innersten Quellen seiner personalen Existenz in Berührung bringen und ihm so möglicherweise wieder jene Offenheit vermitteln, die ihn auch in seiner jetzigen dunklen Situation zu einem neuen Versuch des Dialogs mit seinem Leben ermutigen. Diese Perspektive zeigt, dass der Respekt vor der letzten Konsequenz der Freiheit, wie ihn die Existenzanalyse therapeutisch zu verwirklichen versucht, nicht bedeutet, das Interesse aufgeben zu müssen, dem suizidalen Klienten mit der Kraft des Herzens und den Mitteln therapeutischer Kunst zu helfen, Wege aus der subjektiv empfundenen Ausweglosigkeit zu finden, Hoffnung zu vermitteln, Kraftquellen zu erschließen oder trotz allem Lebenswertes in seinem Leben zu entdecken.

Schließlich erweist sich das oben kurz dargestellte Konzept der personal-existentiellen Grundmotivationen auch als geeignete Hintergrundfolie, gewisse philosophische Aspekte des Suizids anschaulich zu illustrieren. So zeigen sich durchaus inhaltliche Konvergenzen zwischen eben dieser dynamischen anthropologischen Grundstruktur der modernen Existenzanalyse und jenen Dimensionen der Existenz, die wir als Kriterien der moralphilosophischen Einschätzung des Suizids anführten. Darüber hinaus bietet dieses Modell auch ein gutes heuristisches Instrument, den einzelnen Suizid differenziert als komplexes Phänomen zu verstehen. Das dynamische Erleben der Grundbedingungen erfüllter Existenz machen dem, der in einem existenzanalytischen Sinn die tieferen, personalen Beweggründe des Suizids verstehen will, bewusst, dass für die Beantwortung des Problems der morali-

schen Legitimität des Suizids eben nicht nur psychiatrisch-medizinische Faktoren eine Rolle spielen, sondern auch die Frage der sozialen Beziehungen, die Wirklichkeit des Gewissens bzw. der Authentizität im Sinne der Stimmigkeit mit dem innerlich als richtig Erfühlten und die Frage des sogenannten ontologischen Sinns, also die Frage der als sinnvoll erlebten und erkannten Ordnung des Ganzen des eigenen Lebensentwurfs. Dadurch wird der Blick von einer rein somatischen Betrachtungsweise hin auf die Ebenen des Sozialen, Mitmenschlichen, des Personalen und Ethischen und schließlich auf die des Religiösen ausgeweitet.

Literatur

- Alvarez A (1999) Der grausame Gott – eine Studie über den Selbstmord. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Améry J (1994) Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett-Cotta
- Ariès P (1996) Geschichte des Todes. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft
- Aristoteles (1985) Nikomachische Ethik. Hamburg: Meiner
- Baechler J (1981) Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord. Frankfurt am Main/Berlin/Wien
- Bauer EJ (1989) Das Denken Spinozas und seine Interpretation durch Jacobi. Frankfurt am Main: Lang
- Bauer EJ (2002) Das Problem des Suizids in der Perspektive der abendländischen Geistesgeschichte. In: Existenzanalyse 19, 1, 4-15
- Baumann U (2001) Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Weimar: Hermann Böhlau Nachf.
- Birnbacher D (1990) Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht. In: Leist A (Hg) Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 395-422
- Camus A ([1942]1996) Der Mythos von Sisyphos. Ein Versuch über das Absurde. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Croitoru J (2003) Der Märtyrer als Waffe. Die historischen Wurzeln des Selbstmordattentats. München, Wien: Hanser
- Decher F (1999) Die Signatur der Freiheit. Die Ethik des Selbstmords in der abendländischen Philosophie. Lüneburg: zu Klampen
- Devine PE (1998) On Choosing Death. In: Donnelly J (Hg) Suicide: right or wrong? New York: Prometheus Books, 238-241
- Durkheim E (2003) Der Selbstmord. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 9^e
- Ecclesia catholica (1993) Katechismus der Katholischen Kirche. München: Veritas
- Fintz-Müller A (2002) Frankl mit Jaspers verstehen. Logotherapie und Existenzphilosophie. Konstanz: Maschr. Univ.-Diss.
- Frankl VE (1959) Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V, v. Gebattel V, Schultz J (Hg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. III. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg, 663-736
- Frankl VE (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Frankfurt am Main: Fischer
- Frankl VE (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber
- Fritzsche M et al. (2003) Multipler Suizid bei den Zuruwaha in Brasilien. Ein Populationsregulativ? In: Suizidprophylaxe 30, 2, 46-52
- Guardini R (1997) Ethik. Vorlesungen an der Universität München (1950-1962). Mainz-Paderborn: Grünewald/Schöningh
- Holderegger A (2002) Suizid – Leben und Tod im Widerstreit. Fribourg: Paulusverlag
- Hume D (2000) Über Selbstmord. In: Ders., Die Naturgeschichte der Religion Über Aberglaube und Schwärmerei. Über die Unsterblichkeit der Seele. Über Selbstmord. Hamburg: Meiner, 89-99, 2^o
- Jaspers K (1984) Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung (1962). München: Piper, 3^o
- Kant I (1998a) Grundlegung der Metaphysik der Sitten. In: Ders., Werke in sechs Bänden, Bd. 4. Darmstadt: Wiss. Buchges., 7-102.
- Kant I (1998b) Metaphysik der Sitten. In: Ders., Werke in sechs Bänden, Bd. 4. Darmstadt: Wiss. Buchges., 303-634
- Längle A (1998) Viktor Frankl. Ein Porträt. München: Piper
- Längle A (1999a) Authentisch leben – Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein. Oder: Wie können wir trotzdem werden, wer wir sind? – Anregungen aus der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 16, 1, 26-34
- Längle A (1999b) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). In: Existenzanalyse 16, 1, 18-25
- Längle A (1999c) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 18-29
- Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag, 9-37
- Längle A (2001) Psychotherapie – Methode oder Spiritualität? Zum Verhältnis von Immanenz und Transzendenz am Beispiel der Existenzanalyse. In: Schmidinger H (Hg) Geist – Erfahrung – Leben. Spiritualität heute. Innsbruck-Wien: Tyrolia, 177-206
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16, 1, 1-8
- Längle A (2003) Emotion und Existenz. In: Ders. (Hg) Emotion und Existenz. Wien: Facultas, 27-42
- Löwith K (1981) Töten, Mord und Selbstmord: Die Freiheit zum Tode. In: Ders.: Mensch und Menschenwelt. Stuttgart: Metzler, 399-417
- Minois G (1996) Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf: Artemis & Winkler
- Mischler G (2000) Von der Freiheit, das Leben zu lassen. Kulturgeschichte des Suizids. Hamburg, Wien: Europa-Verlag
- Mösgen P (1999) Selbstmord oder Freitod? Das Phänomen des Suizides aus christlich-philosophischer Sicht. Eichstätt: BPB
- Otzelberger M (2002) Suizid - das Trauma der Hinterbliebenen. Erfahrungen und Auswege. München: Deutscher Taschenbuch-Verein
- Platon (1990) Phaidon. Band 3. Darmstadt
- Raskob H (2003) Die Logotherapie Viktor E. Frankls. Eine systematische und kritische Darstellung mit einer Skizze zu einem alternativen Religionsverständnis. Tübingen: Maschr. Diss. (erscheint 2004 Wien: Springer)
- Reuter C (2002) Mein Leben ist eine Waffe. Selbstmordattentäter – Psychogramm eines Phänomens. München: Bertelsmann
- Ringel E (1953) Der Selbstmord – Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Wien-Düsseldorf: Maudrich
- Schmidbauer W (2003) Der Mensch als Bombe. Eine Psychologie des neuen Terrorismus. Reinbek: Rowohlt
- Seneca L A (1995) Philosophische Schriften. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft
- Sommer M (1977) Die Selbsterhaltung der Vernunft. Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog
- Thomas von Aquin (1980) Summa theologiae. In: Ders., Opera omnia, ut sunt in indice thomistico additis 61 scriptis ex aliis medii aevi auctoribus curante Roberto Busa S.J.. Band 2, Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann -Holzboog
- Wittwer H (2003) Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Paderborn: mentis

Anschrift des Verfassers:
Univ. Prof. Dr. Emmanuel J. Bauer
Philosophisches Inst. (Theol.)
der Univ. Salzburg, Franziskanergasse 1/IV
A-5020 Salzburg
emmanuel.bauer@existenzanalyse.org

Depression ist eine Krankheit, Suizid eine Handlung

Konrad Michel

Ein erfolgter Suizidversuch ist mit Abstand der wichtigste Risikofaktor für Suizid. Es gibt bis jetzt keine Therapiestudien, die überzeugend zeigen können, dass eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung nach einem Suizidversuch langfristig das Suizidrisiko zu reduzieren vermag. Nach wie vor hat die Behandlung der Depression als diagnostischer Risikofaktor Priorität. Da aber Suizidalität keine Diagnose im medizinischen Sinn ist, sondern eine Handlung, glauben wir, dass ein handlungstheoretisches Modell eine hilfreichere Grundlage für die therapeutische Beziehung zum suizidalen Patienten ist als das traditionelle Krankheitsmodell. Ein handlungstheoretisches Modell geht davon aus, dass Handlungen Ausdruck zielorientierter Systeme sind, wobei Suizid als Ziel entstehen kann, wenn wichtige Identitätsziele bedroht sind und das Selbst als unerträglich erlebt wird. Diese Zustände weisen alle Zeichen eines akuten traumatischen Stresssyndroms auf. Eine handlungsorientierte Sicht der Suizidalität impliziert entsprechende therapeutische Strategien.

Schlüsselwörter: Suizidversuch, Handlungstheorie, therapeutische Beziehung, Narrativ

Attempted suicide is the main risk factor for suicide. To date, there are no therapy evaluations that are able to convincingly demonstrate that psychiatric/psychotherapeutic aftercare reduces the risk of suicide. Traditionally, the treatment of depression as diagnostic risk factor has had the main priority. However, as suicidality is not a medical diagnosis but an act (or action), we believe that an action theoretical model is a more helpful basis for the therapeutic alliance with the suicidal patient than the traditional illness model. An action theoretical model assumes that actions are the expression of goal-directed systems. Suicide can arise as a goal when important identity goals are threatened and when the self is experienced as unbearable. Such suicidal states show the signs of an acute traumatic stress disorder. An action theoretical view of suicidality implies therapeutic strategies that are consistent with the model.

Key words: Suicide attempt, action theory, therapeutic relationship, narrative

Depression ist eine Diagnose im medizinischen Sinn, Suizid jedoch nicht. Oft wird die Behandlung der Suizidalität gleichgesetzt mit der Behandlung der Depression. Das ist nicht unbegründet: Bei fünfzig bis siebzig Prozent der Menschen, die Suizid begehen, finden sich die typischen Symptome der Depression nach ICD-10 oder DSM-IV. Die Diagnose einer Depression erhöht das Suizidrisiko rund 20-mal (Harris & Barraclough 1997). Aus der klinischen Erfahrung wissen wir, dass nach einer Besserung der Depression allgemein die Suizidabsichten in den Hintergrund treten, bis sie – scheinbar – ganz verschwinden. Eine der wohl wichtigsten Studien, welche den Zusammenhang zwischen Depressionsbehandlung und Suizidhäufigkeit aufzeigte, ist die sog. Gotland-Studie. Wolfgang Rutz und seine Mitarbeiter (1992) boten auf der

schwedischen Insel Gotland den Hausärzten während zwei Wintersemestern Fortbildungsseminare zum Erkennen und Behandeln von depressiven Störungen an. In der Folge stellte man auf Gotland einen signifikanten Rückgang der Suizide fest. Parallel zur Abnahme der Suizide fand sich eine Zunahme der Verschreibungen für Antidepressiva, eine Abnahme der Verschreibungen für Benzodiazepine, und – erstaunlicherweise – eine Abnahme der stationären Behandlungen wegen Depression um 70%. Die Hausärzte hatten also einen Großteil der Depressionen erfolgreich in ihrer Praxis behandelt. Auch wenn diese Studie bis jetzt anderswo nicht repliziert wurde, unterstreichen die Resultate die praktische Erfahrung, dass das Erkennen und - richtige - Behandeln von depressiven Störungen das Suizidrisiko vermindern. Zu er-

wähnen ist allerdings, dass die Suizidrate nach einigen Jahren wieder anstieg. Ärzte verlernen scheinbar relativ rasch.

Aber: Mit mehr Verschreibungen für Antidepressiva ist es nicht getan. Die Gotland Seminare legten viel Gewicht auf die Arzt-Patienten Beziehung – vielleicht ein Grund dafür, dass die Resultate bis jetzt nicht repliziert werden konnten. Im Weiteren stellte W. Rutz fest, dass vor allem die Suizidrate der Frauen beeinflusst wurde, kaum jedoch diejenige der Männer. W. Rutz prägte daher den Begriff der Männerdepression (1997). Männer versuchen ihre Depressionen mit Alkohol, aggressivem Verhalten etc. zu überspielen und suchen keine Hilfe – eine Entwicklung, die nicht selten im Suizid endet. Weiter gibt es eine Anzahl von Studien, welche wiederholt und konstant gezeigt haben, dass Depressionen sehr häufig ungenügend behandelt werden. Nicht nur werden Antidepressiva zu niedrig dosiert, sondern sie werden auch zu wenig lange verschrieben. Nicht vollständig gebesserte Depressionen haben eine wesentlich größere Rückfallrate. Die bekannte NIMH Multizenter-Studie (Elkin et al. 1989), in welcher Imipramin mit kognitiver Verhaltenstherapie bzw. Interpersoneller Therapie verglichen wurde, zeigte zwar die Überlegenheit des Antidepressivums in der Akutbehandlung. Eine Analyse der therapeutischen Beziehung aufgrund von Tonbandaufnahmen zeigte jedoch, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung die Varianz der Veränderungen mit Abstand am besten erklärte (Krupnick et al. 1996).

Bezüglich Suizidrisiko gilt es einen andern Aspekt zu berücksichtigen: Nach einem Suizidversuch ist das Risiko für einen späteren Suizid 40-mal erhöht (Harris & Barraclough 1997) – mehr also als bei der Diagnose einer Depression. Mehr noch: das Risiko bleibt über Jahre unverändert hoch (Runeson 2002). Erstaunlicherweise konnte bis jetzt nicht gezeigt werden, dass es irgendeine Methode der Nachbehandlung gibt, welche das hohe Suizidrisiko nach einem Suizidversuch längerfristig reduzieren kann. Dies ist mehr als enttäuschend, und die Frage drängt sich auf, an was dies liegen könnte. Ian Fawcett, Depressions- und Suizidforscher, sagte vor zwei Jahren in einem Referat anlässlich des Kongresses der American Association of Suicidology (AAS): „Alle sagen, wir müssen die Leute in die Behandlung bringen – Tatsache ist aber, dass wir in der Behandlung der Suizidalität nicht sehr gut sind.“

Schon lange bekannt ist, dass es zwischen dem suizidalen Patienten und dem Arzt/Therapeuten ein Kommunikationsproblem gibt. Isometsä et al. (1995) fanden, dass bei 571 Fällen von vollendetem Suizid in der letzten Konsultation vor dem Suizid das Thema nur in 22% der Fälle zur Sprache gekommen war. Genauer: Bei Psychiatern in 39%, bei Hausärzten in 11% bei Spezialärzten in 6% der Konsultationen. Das mag auf den ersten Blick erstaunen, ist aber doch verständlich, wenn man bedenkt, dass suizidale Menschen eben ganz vieles von dem, was in ihrem Kopf vorgeht, für sich behalten. Für viele sind Suizidgedanken etwas ganz Gehei-

mes, Privates, im Sinne von „Ich will mir das nicht nehmen lassen“. Es ist ein Notausgang, der etwas Beruhigendes hat, sollte die gefürchtete Krise eintreten – ein Notausgang, der mit unseren schwachen Seiten und unseren Verletzlichkeiten zu tun hat, mit einem Teil des Selbst, der mit dem Gefühl der Scham besetzt ist.

Ein weiterer Aspekt der Problematik der Behandlung suizidaler Menschen ist die Tatsache, dass nach einem Suizidversuch sehr häufig (50% oder mehr) die Termine für eine Nachbehandlung nicht eingehalten werden. Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, fühlen sich nicht krank. In einer Befragung in Bern ein Jahr nach einem Suizidversuch sagten gerade mal 10% der Patienten, ein Arzt hätte ihnen in der suizidalen Krise vielleicht helfen können (Michel et al. 1994).

Ein Teil der Problematik besteht scheinbar darin, dass suizidale Patienten und medizinische Fachpersonen andere Vorstellungen über die Suizidalität haben.

„Was mich im Spital am meisten geärgert hat, war immer wieder diese Frage, ob ich es nochmals tun würde. Sie waren überhaupt nicht an mir und meinen Gefühlen interessiert. Das Leben ist nicht eine derart sachliche Angelegenheit, und wenn ich ehrlich bin, konnte ich nicht sagen, dass ich es nicht nochmals versuchen würde. Was mir klar wurde, war, dass ich keinem dieser Ärzte genügend vertraute, um offen über mich zu sprechen.“

Dies sagte ein 39-jähriger Patient über die stationäre psychiatrische Behandlung.

Wie kommen wir mit den suizidgefährdeten Menschen ins Gespräch?

Vor rund zehn Jahren sagte mir mein Kollege, Ladislav Valach, Psychologe, mit dem ich damals zusammenarbeitete: „Suizid ist eine Handlung. Ihr Mediziner habt gelernt, Krankheiten zu erkennen und Diagnosen zu stellen, aber Ihr habt nicht gelernt, Handlungen zu verstehen. Und Suizid ist eben eine Handlung, keine Krankheit. Die Handlungstheorie beschreibt, wie Handlungen entstehen, wie wir sie erklären und verstehen“, vor allem aber: „Die Handlungstheorie gibt wieder, wie Menschen auf der Straße denken“. Ich fing an, mich mit der Handlungstheorie vertraut zu machen. Handlungen sind Ausdruck zielorientierter Systeme. Im Buch von Carver and Scheier (1998) findet sich: „Goal involvement is critical to life. Without goals, behavior loses form. Peoples' lives fall apart.“ Handlungen (und das schließt alltägliche wie außergewöhnliche Handlungen ein) werden als Ausdruck eines inneren Leitsystems verstanden, welches integraler Bestandteil lebender Systeme ist.

Ich war anfänglich sehr skeptisch, vor allem auch, weil mich mein Kollege zu überzeugen versuchte, dass auch Suizid als zielorientierte Handlung verstanden werden muss. Bis dahin war meine Vorstellung eher die gewesen, dass Suizid

Ausdruck eines Zusammenbruchs irgendwelchen geplanten Handelns war. Aber das Interesse war geweckt, und, falls die Handlungstheorie helfen könnte, besser mit einem suizidgefährdeten Menschen in eine bedeutsame therapeutische Beziehung treten zu können, lohnte sich die Auseinandersetzung mit diesem Modell. Ich setzte mich mit meinem Kollegen zusammen, und wir analysierten gemeinsam den Fall eines 39-jährigen Patienten, welcher Suizid begangen hatte (Michel & Valach 1997). Dieser Mann (ein Geigenbauer) hatte ein Jahr vor seinem Suizid geschrieben:

Nichts hilft. Ich habe in meinem Leben alles versucht. Wirklich, ich freue mich abzutreten. Mein Leben ist eine Abfolge von Versagen in jeder Hinsicht. Ich zerstörte die Beziehungen mit den meisten Verwandten und bin daran, dasselbe mit meiner Frau zu tun. Alles falsch, immer, immer, immer. Meine besten Wünsche an alle, auch an mich. Ich weiß nicht, wo die Reise hingehen wird, aber wenigstens bleibt sie nicht in diesem Tal der Tränen stehen.

Seine Selbstbeurteilung war: Ich bin ein Versager (wie sein Vater prophezeit hatte), ich bin für nichts, mein Leben ist hoffnungslos. Suizid war für ihn eine Lösung, eine Möglichkeit, einem unerträglichen Zustand ein Ende zu setzen, als Ziel formuliert ein Jahr vor seinem gewaltsamen Tod. Suizid als Option im Leben finden wir tatsächlich auf Befragen bei der Mehrzahl der Menschen, aber nicht bei allen. Neben lebensorientierten Zielen, die uns durch unser Leben begleiten, tauchen – im Zusammenhang mit Lebenskrisen/Sinnkrisen Gedanken an Suizid als Alternative zum Leben auf. Maris (1981) hat in seinem immer noch bemerkenswerten Buch „Pathways to Suicide“ von einer „suicidal career“ gesprochen (wobei im Englischen career viel breiter gefasst ist als unsere „Karriere“). Eine Patientin sagte mir nach zahlreichen suizidalen Krisen in ihrem Leben: „Mit dem Suizid ist es wie mit einer Strickarbeit: in den guten Zeiten lege ich sie auf die Seite, in den Krisen nehme ich sie hervor und fahre dort weiter, wo ich das letzte Mal aufgehört hatte.“

Einer Handlung geht also eine Entwicklung voraus: Die Handlung besteht zuerst als Möglichkeit in den Gedanken (Suizidberichterstattung), später ist es ein Spielen mit dem Gedanken (wenn es mir mal schlecht geht, könnte Suizid ja evtl. eine Lösung sein), ein Konkretisieren (der Kollege hat sich vor den Zug geworfen – so könnte ich es ja machen), ein Entwickeln von Plänen (wie, wo), ein Speichern von Plänen (man weiß ja nie). Das Umsetzen des Handlungsplans erfordert einen Energieschub (Krise), gefolgt von konkreter Vorbereitung (Fahrplan, Aufsuchen eines geeigneten Ortes). Zum Schluss braucht es einen gar nicht so großen Auslöser, um die Handlung in Gang zu bringen.

Handlungen sind Ausdruck von zielorientierten Systemen, die sich hierarchisch gliedern lassen: Zum Beispiel: Sie kamen heute Morgen hierhin (Handlung), dies geschah im Rahmen des Projektes „Kongressbesuch GLE“, dieser wiederum ist Folge übergeordneter Ziele in Ihrem Leben (Identitäts-

ziele): Tätigkeit als Therapeut, persönliche Lebensziele (z.B. „Ich will ein erfolgreicher Therapeut werden“).

Es gilt also, Handlungen, und damit auch Suizid vor dem Hintergrund wichtiger lebensorientierter Ziele zu sehen. Suizidalität entsteht, wenn wichtige Lebensziele bedroht sind, wenn das Selbstverständnis, ja das Identitätsgefühl jedes Einzelnen in akuter Gefahr sind. Sind diese zutiefst menschlichen Bedürfnisse verstellt, kann daraus eine suizidale Krise entstehen.

Hinter einer Suizidhandlung steht also eine Geschichte, und generell erklären wir unsere Handlungen mit Geschichten – im therapeutischen Kontext als Narrative bezeichnet. Natürlich können Sie auf die Frage, warum Sie heute hier sitzen, mit einer einfachen Antwort („weil ich Mitglied der GLE bin“) antworten. Das wird mich aber ziemlich unberührt lassen. Wenn Sie aber beginnen mit „Meine Beschäftigung mit der Logotherapie begann vor 20 Jahren, ich war damals in einer schwierigen Lebensphase. Eigentlich aber wurde der Grundstein schon in meiner Kindheit gelegt“, hat das für mich eine ganz andere Bedeutung. Das Narrativ ist eine Geschichte, der im Gespräch mit einem andern Menschen Bedeutung gegeben wird. Geschichten haben ein Ende oder eine Zukunft. Das Teilen der eigenen Geschichte kann therapeutisch sein. Geschichten über Suizidalität können entweder mit dem Leben oder mit dem Tod enden.

Wir beschlossen, dieses Modell im Rahmen einer Pilotstudie anzuwenden. Im Rahmen einer qualitativen Forschungsarbeit führten wir 40 eingehende Interviews durch, Stunden bis Tage nach einem Suizidversuch, und zwar so, dass rund die Hälfte der Interviews durch erfahrene Kollegen geführt wurden, während Kollege Valach und ich in der andern Hälfte der Interviews die Patienten schon zu Beginn des Gesprächs ermunterten, uns die dazugehörige Geschichte zu erzählen. Bei einem Teil der Patienten leiteten wir während des Gesprächs die elektrodermale Aktivität ab, um so die Sequenzen mit emotionaler Beteiligung zu erfassen. Von den transkribierten Interviews und unter Berücksichtigung der physiologischen Begleitreaktion (elektrodermale Aktivität) isolierten wir im Narrativ der Suizidhandlung wesentliche Lebensziele, welche frustriert worden waren. Die wichtigsten Resultate:

1.) Die therapeutische Beziehung (gemessen am Penn Helping Alliance Questionnaire) wurde von den Patienten signifikant besser beurteilt, wenn der Interviewer die wichtigen Themen (d.h. frustrierten Lebensziele) im Narrativ des Patienten ansprach, und

2.) die therapeutische Beziehung wurde in denjenigen Interviews signifikant besser beurteilt, welche mit einer narrativen Einleitung, das heißt, mit Wörtern wie „erzählen“, „Geschichte“ („Ich möchte, dass Sie mir in Ihren Worten erzählen, wie es dazu kam ...“ oder: „Ich gehe davon aus, dass hinter jedem Suizidversuch eine Geschichte ist; können Sie mir davon erzählen?“) begannen (Michel et al. 2004).

Was bedeuten diese Resultate? Sie bedeuten in unserer Meinung, dass ein auf einem handlungstheoretischen Modell basierender Interviewstil von den Patienten als hilfreich für die Therapiebeziehung empfunden wird (die drei Items, in denen sich die Unterschiede vor allem zeigten, waren: 1.) „Ich spüre, dass der Interviewer mich versteht“, 2.) „Ich glaube, dass das Gespräch mir hilft“, 3.) „Ich spüre, dass der Gesprächspartner und ich zusammen an etwas Gemeinsamen arbeiten“).

Ob dieses Modell auch tatsächlich die Therapie suizidaler Menschen wirkungsvoller machen kann, muss in einer Verlaufsstudie unter Einbezug einer Kontrollgruppe untersucht werden.

Im Lichte der Handlungstheorie ist das traditionelle medizinische Krankheitsmodell eine schlechte Basis für eine therapeutische Beziehung zum suizidalen Menschen. Als Mediziner habe ich gelernt, Pathologie zu erkennen und Diagnosen zu stellen. Pathologie impliziert selbstverständlich, dass sie korrigiert bzw. behandelt werden muss. Im traditionellen Rollenverständnis des Arztes und Helfers (und ich schließe hier die Psychiater nicht aus) ist der Arzt der Experte, der das Phänomen, mit dem er konfrontiert ist, benennen und erklären muss. Ganz offensichtlich fehlt hier der Diskurs mit einem Menschen, der selber denken, seine Handlungen erklären und planen kann. Im Gegensatz dazu sieht das handlungstheoretische Menschenbild den Menschen, der einen Suizidversuch gemacht hat, nicht als ein passives biologisches oder psychologisches System, das von ihm nicht einsehbar Kräfte getrieben wird, sondern als ein Wesen, das eine narrative Kompetenz besitzt und das höchstwahrscheinlich daran interessiert ist, sich zu erklären – falls das Gegenüber bereit ist zuzuhören. Im Prinzip geht es darum, dem suizidalen Patienten zuzuhören und ihn als Menschen wahrzunehmen, der selber der Experte seiner eigenen Lebensgeschichte ist. David Jobes von der Catholic University of America drückt es so aus: „I want to see it through your eyes“.

Was sehen wir, wenn wir offen sind für die Erzählungen der Patienten?

Suizidalität hat mit einem als negativ erlebten Selbst und mit seelischem Schmerz zu tun. Es handelt sich dabei um einen unerträglichen seelischen Schmerzzustand, oft auch um unerträgliche Gedanken. Beides steht im Zusammenhang mit einem als unerträglich erlebten Selbst. In den USA sind dafür die Begriffe *mental pain* bzw. *psychache* geprägt worden (Shneidman 1983).

Mental pain – ein Zustand, in welchem die Identität des Menschen bzw. die seelische Existenz akut in Gefahr sind, ist ein akut traumatischer Zustand (Orbach et al. 2003). Das Selbst wird als negativ, unerträglich erlebt (der Geigenbauer schrieb: „*Alles falsch, immer, immer, immer*“) und war schwerstens bedroht. Ein Patient schrieb in der suizidalen Krise: *In meinem Kopf ist die Hölle los. Ich begreife nichts mehr. Habe unheimliche Angst. Mein Körper zittert. Habe*

Selbstmordgedanken. Wenn das nicht sofort aufhört, und ich nicht wieder voll da bin, mache ich Schluss. Bitte helfen Sie mir. In einem solchen Alarmzustand, wenn die Bewältigungsmöglichkeiten momentan versagen, bleibt nur die Flucht. Baumeister spricht von „*escape from self*“ (Baumeister 1990). Patienten berichten: „Ich musste dem ein Ende setzen“, oder: „Ich wollte so wie meine Gedanken töten“ – auch hier wiederum: die Handlung ist zielorientiert. Suizid soll also Erlösung bringen. Es gibt demnach lebensorientierte Ziele und suizidorientierte Ziele.

Ein anderes Phänomen, das wir in den Narrativen der Patienten in der Mehrzahl der Fälle antrafen, sind die dissoziativen Zustände, welche suizidale Menschen beim Ablauf der Suizidhandlung erleben. Dies ist an sich nicht erstaunlich, wenn wir diese Dissoziation in Zusammenhang bringen mit dem akut traumatischen Erleben von mental pain. Dissoziation bedeutet, dass der körperliche Schmerz und die Angst vor dem Tod nicht verspürt wird. Hier die typische Beschreibung einer Patientin: „*Ich fühlte mich in diesem Moment ausserhalb meiner selbst. Ich schaute zu wie das Blut tropfte, und ich hatte keine Schmerzen. Beim letzten Schnitt kam plötzlich die Angst. Todesangst. Und die Erkenntnis: Es ist falsch, was Du da machst.*“ Dissoziative Zustände im Zusammenhang mit Suizidhandlungen sind von I. Orbach (1994) untersucht worden. Diese Zustände aber ebnet den Weg für weitere Suizidhandlungen: Wenn eine Handlung nicht als schmerzhaft oder angstbesetzt erlebt wird, ja Erleichterung bringt (Aufhören des seelischen Schmerzes), ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass derselbe Handlungsplan in ähnlichen Krisen sofort wieder abläuft.

Traumatische Erfahrungen werden, so wissen wir aus der Traumaforschung, in den neuronalen Netzwerken gespeichert und können praktisch nicht mehr gelöscht werden. Sie werden anders abgespeichert als übliche Erfahrungen und werden in ähnlichen Situationen automatisch abgerufen. Zusätzlich ist in akuten Stresszuständen die Funktion des Präfrontalen Cortex beeinträchtigt, was das überlegte Planen und Handeln einschränkt. Man kann deshalb – neurobiologisch gesprochen – von einem eigentlichen Suizidmodus sprechen (Rudd 2001). Dieser Modus schließt die „*seelische Schmerz-Erfahrung*“ und die Suizidhandlung ein, da beide nach einem Suizidversuch miteinander verknüpft sind.

Was bedeutet dies für die Therapie?

Im Hinblick auf die Therapie stellt sich die Frage, wie viel Schmerz ein Mensch ertragen kann. Können wir Vulnerabilitäten therapieren? Können wir bei unseren Patienten erreichen, dass sie mehr Schmerz ertragen können? Die meisten von uns würden wahrscheinlich mit ja antworten – zumindest würden wir es hoffen. Ich würde diesen Teil der Therapie unter „*allgemeiner Psychotherapie*“ einordnen.

In Fachkreisen verbreitet sich mehr und mehr die Meinung, dass die Therapie der Suizidalität spezifische Strategi-

en erfordert. Wir sollten dabei berücksichtigen, dass Suizidalität – zumindest nach einem Suizidversuch – nicht wegtherapiert werden kann. Der suizidale Modus ist gespeichert und steht jederzeit bereit, in Situationen, in denen das Selbst bedroht ist, abgerufen zu werden. Möglicherweise sind, ähnlich wie bei der Therapie von selbstschädigendem Verhalten (Linehan 1991), vermehrt verhaltenstherapeutische Techniken nötig, damit Patienten lernen, dieses Muster beeinflussen zu können. Es geht dabei um das Erlernen von skills (wie kann ich fast automatisch ablaufende Handlungsmuster beeinflussen?). Die folgende Beschreibung eines Patienten, der sich mit einer Schusswaffe in den Wald begeben hatte, illustriert, dass eine begonnene Suizidhandlung nicht eine Einbahnstraße zu sein braucht: „*Ich habe irgendwie gewechselt zwischen einer Trance und einer Realität. Ich bin ungefähr eine Stunde durch den Wald gelaufen und habe mir eigentlich nicht überlegt, was dagegen spricht. Das kam erst später wieder, als ich mein Plätzchen gefunden hatte. Da kamen wieder solche Gedanken, weshalb ich mein Leben fortwerfe. Aber das waren jeweils sehr kurze Sequenzen. Ich habe mir überlegt, was denn passiert, wenn ich es nicht schaffe. Das war wie ein Gefühlsbad, wie ein Wechselbad. Das hat ziemlich oft gewechselt.*“ Hier sollten also theoretisch alternative (und eingeübte) Handlungspläne zum Zug kommen.

Wenn wir von einem handlungsorientierten Modell ausgehen, verlangt die Suizidalität auch nach einer Therapie, welche die wichtigen Lebensziele eines Menschen berücksichtigt. Einerseits findet sich dort das Verständnis für die suizidale Krise (Lebensziele, deren Bedrohung eine suizidale Krise auslösen kann), andererseits sind die lebensorientierten Ziele wichtig, um die langfristige Identität eines Menschen wieder herzustellen. Unsere Studie zeigte den Zusammenhang zwischen dem Ansprechen von wesentlichen Lebenszielen und der Qualität der therapeutischen Beziehung auf. Sie gibt aber auch einen Hinweis darauf, mit welcher therapeutischen Haltung wir einem suizidalen Menschen begegnen sollten.

Ich möchte mit einem Auszug aus dem Brief des oben zitierten Patienten schließen: *Seitdem ich bei Ihnen war, fühle ich mich besser. Obschon ich vor etwa einer Woche wieder so etwas wie den Beginn von Suizidgedanken hatte, geht es mir wesentlich besser, als vor drei Wochen, wo ich nahe daran war, mir das Leben zu nehmen. Ich habe auch viel mit Freunden gesprochen und zu verstehen gesucht, was geschehen ist.*

Das Gespräch mit Ihnen, und speziell das gemeinsame Anschauen des Videos halfen mir sehr, mit mir weiter zu kommen. Heute sehe ich viel klarer, welche dumme Idee dieser Suizidversuch war, oder Suizid überhaupt ist.

Nochmals vielen Dank!

Vielleicht gibt es doch Raum dafür, dass wir das suizidale Muster längerfristig beeinflussen können?

Literatur

- Baumeister RF (1990) Suicide as escape from self. *Psychological Review* 97, 1, 90-113
- Carver CS, Scheier MF (1998) *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB (1989) National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 46, 971-982
- Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 170, 205-228
- Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK (1995) The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry* 152, 919-92
- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA (1996) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 3, 532-539
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL (1991) Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48, 1060-1064
- Maris R (1981) *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press
- Michel K, Dey P, Stadler K, Valach L (2004) Therapist sensitivity towards emotional life career issues and the working alliance with suicide attempters. *Archives of Suicide Research* 8, 203-213
- Michel K, Valach L (1997) Suicide as goal-directed behaviour. *Archives of Suicide Research* 3, 213-221
- Michel K, Valach L, Waeber V (1994) Understanding deliberate self-harm: The patients' views. *Crisis* 15, 172-178
- Orbach I (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: A hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 24, 68-79
- Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P (2003) Mental Pain and its relationship to suicide and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33, 3, 231-241
- Rudd MD, Joiner T, Rajab MH (2001) *Treating suicidal behavior*. Chapter 2: A cognitive behavioral model of suicidality. New York: The Guilford Press, 15-43
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J (1992) Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85, 83-8
- Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Philgren H (1997) Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1, 39-46
- Shneidman ES (1993) Suicide as a psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181, 3, 145-147
- Internationale Arbeitsgruppe für einen patientenorientierten Zugang zum suizidalen Menschen: The Aeschi Working Group <http://www.aeschiconference.unibe.ch>

*Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Konrad Michel
Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepyschatrie
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Murtenstrasse 21
CH-3010 Bern
konrad.michel@spk.unibe.ch*

„Wenn das Leben keinen Sinn mehr hat...“

Existenzanalytische Überlegungen zu Suizidalität und Suizidprophylaxe

Anton Nindl

Die biopsychosoziale Problematik der Suizidalität in ihrer vielschichtigen Komplexität stellt letztendlich ein zutiefst existentielles Dilemma des Menschen dar. Eine rein ätiopathogenetische Perspektive für Diagnostik und Therapie fokussiert primär das Krankheitsmodell der Suizidalität und bekommt das Entwicklungspotential von krisenhaftem Geschehen nicht in den Blick. Ausgehend von V.E. Frankls Anmerkungen zum Suizid werden in dem Beitrag Suizidalität und Suizidprophylaxe unter Berücksichtigung der Grundbedingungen sinnvoller Existenz beleuchtet, in deren Rahmen suizidal Gefährdete ein für sie annehmbares Hilfsangebot bekommen und im dialogischen Austausch notwendige Schritte aus der Ausweglosigkeit unternehmen können.

Schlüsselwörter: Suizidalität, Suizidprophylaxe, Sinn, Existenzanalyse

The biopsychosocial problems of suicide and their multi-layered complexity constitute a profoundly existential dilemma in human life. A purely etiopathogenetic perspective in diagnosis and therapy will focus primarily on the model of disorder for suicide and will not captivate the developmental potential of critical events. On the basis of Viktor Frankl's remarks on suicide this article discusses suicide and its prophylaxis with particular consideration of the fundamental conditions of meaningful existence, in the framework of which suicidal individuals can obtain an acceptable offer of help and can take the necessary steps out of despair in a dialogical exchange.

Key words: suicide, suicide prophylaxis, meaning, existential analysis

Besonders in der psychiatrischen Diagnostik und Therapie der Suizidalität hat sich in den letzten Jahren zunehmend eine ätiopathogenetische Perspektive etabliert. Gleichzeitig scheint die Berücksichtigung von ressourcenorientierten, salutogenetischen Sichtweisen (z.B. Frankl [1946] 1991, Längle 1997a, Antonovsky 1997) für ein Verständnis des Gesundheits-Krankheitskontinuums im suizidalen Prozess von Bedeutung zu sein. Das Spektrum von der „Krise als Chance“ bis hin zum psychiatrischen Notfall erscheint so weniger gegensätzlich. So versteht etwa Alexa Franke (1993) einen Suizidversuch nicht primär als krankhaftes Geschehen, sondern als subjektive Antwort eines Menschen auf Lebensereignisse und erlebte Belastungen. Die Autorin rückt die Person, die sich ihrer aktuellen Lebenssituation nicht gewachsen sieht im komplexen Netz des Lebens- und Beziehungsgefüges, in den Blickpunkt ihrer Betrachtungen. Die Problemanalyse soll Klarheit über die subjektive Verarbeitung der Person herstellen und zur Stimulation von Selbsthilfepotentialen anregen, damit dieser Mensch sein Leben in Zukunft weitgehend selbständig und eigenverantwortlich führen kann. Vertiefende Überlegungen führen in diesem Kontext zur Frage, warum Menschen trotz erheblicher situativer und persönlichkeitsbedingter Stressoren nicht suizidal werden bzw. was es ausmacht, dass Menschen nach einer suizidalen Krise wieder Sinn in ihrem Leben finden. Gerade die Sinnfrage ist es ja, die uns in der Arbeit mit Menschen in suizidalen Kri-

sen immer wieder begegnet.

Viktor E. Frankl ([1985] 1998), der bereits in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts in der von Wilhelm Bönner gegründeten weltweit ersten „Lebensmüdenberatungsstelle“ Erfahrungen zur Thematik gesammelt und in weiterer Folge im Pavillon für depressive Patientinnen am Steinhof in Wien eine große Anzahl Patientinnen nach Suizidversuch behandelt hatte, wies schon früh darauf hin, dass Selbstmord letztlich die Verneinung der Sinnfrage darstellt. Dabei betont Frankl allerdings, dass Suizide nicht notwendigerweise aus einem Sinnlosigkeitsgefühl unternommen werden, dass sie aber häufig unterblieben wären, wenn der zum Suizid Entschlossene um einen Sinn im Leben gewusst hätte. In diesem Zusammenhang greift Frankl einen Gedanken von Nietzsche auf, wenn er formuliert: „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie.“ (Frankl 1991, 90) Diese Sichtweise findet sich auch in einer Fußnote in dem Text „Hunger nach Brot und Hunger nach Sinn“, wenn Frankl schreibt: „Für gewöhnlich wird nur nach dem Grund gefragt, den jemand gehabt haben mag, Selbstmord zu versuchen. Was aber von Interesse sein sollte, ist weniger der Grund, der jemanden zum Selbstmordversuch veranlaßt, als vielmehr der Grund, was jemanden von einem Selbstmordversuch abhält. Mit einem Wort, es geht um Ressourcen, die mobilisiert werden können, um nicht nur über Grenzsituationen wie Kriegsgefangenschaft, sondern auch über schwere, mit Suizidimpulsen

einhergehende Depressionen hinwegzukommen.“ (1998, 263) Wir können also in dem oben angeführten verhaltenstherapeutisch orientierten Beitrag von Franke (1993) eine gewisse Ähnlichkeit zur Sichtweise Frankls sehen, die allerdings auf anderen anthropologischen Kernannahmen beruht. So beleuchten wir in der ressourcenorientierten und auf Wachstum und Entfaltung abzielenden Existenzanalyse (z.B. Frankl 1991; Längle 1997a) die Sinnfrage hinsichtlich des Aufforderungscharakters der Situation, in der sich die betroffene Person befindet. Dabei wird versucht, den Menschen in einer suizidalen Krise in seiner Krankheit und Störung zu sehen, aber auch der Gefahr zu begegnen, ihn einseitig und generalisierend darauf zu reduzieren. Vielmehr beachten wir die Person im suizidalen Geschehen in einer gewissen Ähnlichkeit zu Antonowsky in ihrem Ringen zwischen Gesundheit und Krankheit und berücksichtigen den Widerstreit zwischen integrierenden und desintegrierenden Tendenzen des Selbst. Da der psychisch beeinträchtigte Mensch aus Sicht der Existenzanalyse allerdings wegen seiner fakultativen Freiheit immer mehr als ein desintegriertes psychisches Selbst ist, wird er in der suizidalen Krise zwar in seiner bedrohlichen Schwäche gesehen, aber auch in seiner potentiellen Stärke als Person angesprochen (vgl. auch Peeck 1991). Suizidalität als Folge frustrierter Sinnstrebigkeit bzw. als Verzweiflung in einer abgrundtiefen Ausweglosigkeit kann aus existenzanalytischer Perspektive als Ausdruck für eine fehlende oder mangelnde Zustimmung in die Bedingungen und Möglichkeiten ganzheitlichen Existierens verstanden werden. Demnach scheint es günstig, in der Suizidprophylaxe die Grundbedingungen sinnvoller Existenz, wie sie im Struktur- und Motivationskonzept der neueren Existenzanalyse von Längle (z.B. 1997b, 2002) vorgestellt wurden, zu berücksichtigen.

Der Raum- und Haltverlust in der Einengung und der Weltbezug als Halterfahrung

Wenn der Mensch in seiner Wahrnehmung der Bedingungen und auf der Suche nach seinen Möglichkeiten zum Dasein nicht genügend Raum, Halt und Schutz findet, kann sich ein Erleben einstellen, sich in dieser Welt nicht angenommen zu fühlen. So unbehaust und ausgesetzt droht ein Nein auf die ontologische Grundfrage des Dasein-Könnens. „Ich halt das nicht mehr aus, wie entkomm ich aus der Falle“, fragt er sich. Die Fähigkeit, annehmen und auszuhalten zu können ist beeinträchtigt, wodurch die Bereitschaft, den angebotenen Raum zu betreten, den Halt zu ergreifen und sich in den Schutz zu begeben, reduziert sein kann. Bedrohliche, unabänderliche, schicksalhafte Gegebenheiten werden dann kaum ertragen. Da der Raum, der zum Dasein gebraucht würde, nicht entstehen kann, treten psychodynamische Schutzreaktionen (vgl. Längle 1998) ein, die sich von Vermeidungsverhalten bis zum verzweifelten Anknüpfen, von fremd- oder selbsterstörerischem Hass in der Einengung bis zur ausgelieferten Lähmung in der Ausweglosigkeit erstrecken können.

In einer akuten suizidalen Krise entsteht durch Druck, Unruhe, Verunsicherung, Verwirrung, Verschlussenheit, Angst, Mutlosigkeit und aussichtsloser Hoffnungslosigkeit eine massive Bedrohung der eigenen Existenz. Zunehmend verstärkt sich das Bedürfnis, dem nicht aushaltbaren Druck, der abgrundtiefen Halt- und Schutzlosig-

keit durch das unwiederbringliche Ausschalten des Bewusstseins zu entkommen, worauf der bedeutende amerikanische Suizidologe Edwin S. Shneidman (1993) hinweist. Existenzanalytisch bemerkenswert betont Robert E. Litman (1967) aus psychoanalytischer Perspektive, dass es nicht nur um Druck und Schmerz, sondern auch um den Widerwillen der Person, diesen auszuhalten, geht. Die Entscheidung läuft auf ein Nichtaushalten des Schmerzes und den aktiven Willen, diesen zu beenden hinaus. Die klinische Erfahrung zeigt uns, dass die Verringerung des Druckes dazu führt, dass sich die Einengung weiten und der Entscheidungsspielraum bei Betroffenen vergrößern kann.

Für eine effektive Hilfe bedeutet dies, eine haltgebende Struktur anzubieten, die sich neben möglicherweise notwendiger medikamentöser Behandlung etwa in raumkonstituierendem, aktivem Zuhören, in der einfühlsamen Hilfe, die Probleme zu ordnen, oder als stellvertretendes Handeln zeigen kann. Dadurch kann es zu einer ersten Distanzierung von den Problemen und einem Nachlassen von Unruhe und Verwirrung kommen. In der Folge wird der Lebensmut der Person geweckt, den sie braucht, um sich auf den angebotenen Halt einlassen zu können. Das daraus resultierende Vertrauen impliziert schon bereits den Funken Hoffnung, der die Not des Suizids als „Krankheit der Hoffnung“ (Farber 1968) wenden kann.

Suizidprophylaktisch ist also auf dieser Ebene vorerst eine annehmende Haltung bedeutsam, die ein Wahrnehmen der faktischen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten vor aller Bewertung ermöglicht: Gibt es da für die betroffene Person beispielsweise eine Wohnung, hat sie Geld für den Lebensunterhalt, liegt eine bedrohliche Erkrankung vor? Gleichzeitig stellt sich die Frage: Kann sie eine angebotene Wohnstätte annehmen, ist sie in der Lage, sich das benötigte Geld zu erarbeiten oder zu beantragen, ist sie bereit, sich in ärztliche Behandlung zu begeben? In der suizidalen Krise kann sich die Einwilligung in die Bedingungen und Möglichkeiten der Lebenssituation im Annehmen von Hilfe, in der Bereitschaft zu einer stationären Aufnahme oder in der Einnahme von stabilisierenden Medikamenten zeigen.

Die Wertverarmung im Schmerz und der Lebensbezug als Gefühlsgrundlage

Fehlt dem Menschen die Vitalität für sein Gefühlsleben, mangelt es ihm an der Fähigkeit und Möglichkeit Nähe, Wärme, Wertvolles zu erleben und Beziehungen emotional zu empfinden, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die axiologische Grundfrage verneint wird. „Ich mag nicht mehr, ich bin lebensmüde“, sagt er und leidet unter dem Schmerz und der Schwere des Lebens. Die emotionale Offenheit versiegt, und die Berührbarkeit zeigt sich nur mehr im Belastungserleben. Das vielleicht früher tief empfundene Gefühl, dass es gut ist dazusein, hat keine Resonanz mehr. Dieses fehlende Grundwertgefühl beeinträchtigt das zum Menschen gehörende Wertfühlen, das auch in der suizidalen Einengung nicht aufhört. Das Anzustrebende besteht nun im Aufhören des unerträglichen Schmerzes, in der Lösung vom nicht mehr auszuhaltenden Leben. Häufig finden sich im Vorfeld dieses Erlebens Schutzreaktionen, die sich in sich selbst überforderndem Leisten zeigen oder in Rückzug und Abwendung äußern können. Es kommt zu verzweifelten Wutausbrüchen mit der Sehnsucht nach mehr Leben, und bei zunehmender

Belastung lassen sich Lähmung, Entwertung und Resignation beobachten. Das entstehende Gefühl des Lebensverlustes führt zu Depressivität und in weiterer Folge zur Ausbildung von depressiven Störungen, die prototypisch als „suizidales Syndrom“ mit Gefühlen und Gedanken von Wertlosigkeit, Insuffizienz und Schuld sowie mit Hilflosigkeit und Zukunftsängsten einher gehen, wie auch Manfred Wolfersdorf (2000) anmerkt.

Wenn der Mensch in der suizidalen Krise neben der Abgründigkeit etwas fühlt, dann dass es besser wäre, nicht mehr zu sein. Dinge werden nun attraktiv, die auf die Vernichtung des Lebens zielen. Dieser erhöhten Todesneigung kann durch das Aktualisieren von positiven, biophilen Ressourcen beim hilfeschuchenden Menschen begegnet werden, worauf beispielsweise auch Butollo (1993) hinweist. Im suizidprophylaktischen Gespräch soll auf ein mitfühlendes Eingehen geachtet werden, in dem durch Zuwendung Nähe und Beziehung erlebt werden können. Wichtige Fragen sind: Gibt es da Menschen, die sich durch die Lage der betroffenen Person angesprochen fühlen, die sich Zeit für sie nehmen und wo Geborgenheit erlebt werden kann? Dominiert Druck und Belastung, oder zeigen sich unerfüllte Sehnsüchte und das Gefühl, verstoßen worden zu sein? Shneidman (1993) fand klare Hinweise für das bevorstehende tödliche Ereignis in annähernd 80 Prozent der Fälle in seinen psychologischen Autopsiestudien nach Suizid. Demnach kommunizierten Betroffene ihre suizidale Absicht in Form der gebräuchlichen verbalen und konativen Anzeichen. Schon daraus wird ersichtlich, wie wesentlich die Qualität der mitweltlichen Beziehung ist und welche Bedeutung dem „signifikanten Anderen“ in der Suizidverhütung zukommt.

In der suizidalen Krise ist es gerade die Lebenslust und Lebensfreude, die dem Menschen fehlt. Nichts scheint anziehend, das Erleben ist von Schmerz, Last und Leid durchzogen. Das durch Zuwendung, Empathie und Verständnis signalisierte mitmenschliche Beziehungsangebot ist der erste Schritt und gleichsam die Einladung an den betroffenen Menschen, in das Beziehungsangebot einzuwilligen. Nun liegt es an ihm, sich der Bezugsperson zuzuwenden, Nähe aufzunehmen und sich berühren zu lassen, um das Leben in sich in Schwingung zu bringen.

Dazu nehmen wir im existenzanalytisch orientierten suizidprophylaktischen Gespräch den sachlichen Fokus etwas zurück, um vielleicht mehr Nähe zu ermöglichen. Fragen wie „Was ist es, was Sie am meisten schmerzt?“ können beispielsweise Betroffenen helfen, mehr Nähe auch zu sich aufzunehmen und das Wertvolle im Verlorenen besser in den Blick zu bekommen. Bei der Hinwendung zu einer verlorenen Beziehung braucht der Klient das innere Mitgehen und Mitfühlen der Therapeutin. Gefühle von Trauer, Schmerz, Kränkung, vielleicht auch von Wut und Verbitterung sollen zum Ausdruck kommen können, um Spannung und Druck abzubauen. Die therapeutische Haltung ist: Da ist jemand, der berührt ist, der Interesse hat, der sich Zeit nimmt, für den der Klient jetzt wichtig ist. In der Folge ist ein Trauern über das Belastende eher möglich, und es entsteht vielleicht der Boden des Vertrauens und der Beziehung für den nächsten Schritt.

Die Aufwühlung in der Krise und die Stimmigkeit im authentischen Selbstbezug

Nun kann zwar entsprechender Lebensraum und auch ein

gewisser Lebenswert für einen Menschen vorhanden sein, und doch können Gefühle von Scham und Schuld die ganz persönliche Frage nach der Rechtfertigung seiner selbst aufwerfen: „Hab ich nach dem, was ich angerichtet habe, noch eine Berechtigung zu leben“, wirft er aufgewühlt nach einem im alkoholisierten Zustand verursachten Verkehrsunfall die ethische Frage auf. Darf er sich in seiner verletzlichen Ich-Identität noch anerkennen, noch ernst nehmen, und wie soll er die übermächtig erlebte Verantwortungslast für sein Tun übernehmen? Kann so jemandem jemals noch mit Respekt begegnet werden? Mögliche Schutzreaktionen wie das Distanzieren, Funktionieren ohne innere Beteiligung oder Zorn- und Ärgerreaktionen können mit Leugnen und Spalten zum Kontaktverlust mit sich selbst führen, der zu Selbstentfremdung und hysterischen Entwicklungen beiträgt (Längle 2002).

Im Umgang mit Suizidalität ist demnach auf höchstmögliche Authentizität der Bezugspersonen Wert zu legen. Ein Mensch, der Einsamkeit, Ruhelosigkeit und Verletztheit in seiner suizidalen Krise erlebt, ist besonders für Beachtung, Wertschätzung und Bestätigung von einer Bezugsperson sensibilisiert. Die Fragmentierung auf ein funktionales Niveau beim Therapeuten oder der Rückzug auf ein Expertenwissen kann nämlich genau jene Frustration erzeugen, die der Öffnung einer suizidal eingegangenen Person geradezu entgegensteht. Dabei genügt es meist nicht, im Gespräch den Selbstwert stabilisierend anzuregen, es braucht auch das aktive Zutun der betroffenen Person. Eine personale Begegnung zu riskieren, sich selbst als Mitmensch authentisch ins Spiel zu bringen, bereitet aus der klinischen Erfahrung dieses „Zwischen“, in dem sich für einen Menschen in einer suizidalen Krise jener Begegnungsraum eröffnet, der es ihm ermöglicht, sich für die Inanspruchnahme des Hilfsangebotes zu entscheiden. Berücksichtigen wir die häufig feststellbare Ambivalenz einer suizidalen Person, die einerseits den Impuls sich umzubringen, andererseits die Sehnsucht nach Intervention und Rettung beinhaltet (Shneidman 1993), so wird die Bedeutung der personalen Begegnung in aller Dringlichkeit sichtbar. Ein existenzanalytischer Zugang achtet besonders darauf, Ressourcen der betroffenen Person zu aktivieren und zu aktualisieren. Der Blick fällt auf noch Gelingendes, auf die noch spürbaren Kompetenzen und erst in zweiter Linie auf Defizite und Störungen. Es geht zuerst um die Entlastung von dem, was zu dem jetzigen Zustand geführt hat, allerdings wird auch die Verantwortung für das Umgehen mit inneren und äußeren Bedingungen und Umständen angesprochen.

Klaus Dörner (1993) verweist darauf, dass er im suizidprophylaktischen Gespräch Betroffenen ihr subjektives und situatives Recht, sich zu töten, zugesteht. Daraus resultiere eine Reduktion des Rechtfertigungsdrucks bei der betroffenen Person. In weiterer Folge signalisiert er ihr damit, dass sie für die Lösung ihres Problems im Sinn der Nutzung der Krise etwas getan hat. Der Entschluss, weiter zu leben, befreit den Menschen wieder zur Existenz. Darüber hinaus fördert die Anerkennung der Möglichkeit, sich selber zu töten, den Abstand des Betroffenen gegenüber dem eigenen suizidalen Handeln. Diese Selbst-Distanzierung ermöglicht einen ersten Schritt aus dem situativen Gezerre und bringt den Menschen mit seinem innersten Gespür in Beziehung. Dadurch eröffnen sich wieder neue Möglichkeiten seines Lebens. „Kann er wieder wäh-

len, so wählt er das Leben“, behauptet Dörner (1993, 10). So wird der Mensch in der suizidalen Krise in weiterer Folge vielleicht eine Gewissheit entdecken, die es ihm ermöglicht, zu sich selber zu stehen, seine Authentizität zu spüren, sich Trost spenden zu können und sich als wertvoll zu erleben. Dadurch entsteht jene Wertschätzung, durch die der Mensch das Empfinden bekommt, so sein zu dürfen, wie er ist.

Der Sinnverlust in der Ausweglosigkeit und der Sinnbezug als Handlungsperspektive

„Es hat keinen Sinn mehr“, lautet die Antwort des Verzweifelten auf die existentielle Frage nach dem Wozu des Weiterlebens. Das Verständnis für die Zusammenhänge, in denen er sich und seine Welt begreift, ging verloren. Es gibt nur eine Richtung für die Handlungsfähigkeit, nämlich die der Selbstvernichtung, denn kein anderer Wert kann in der Zukunft erblickt werden. Vielleicht hat er sich in letzter Zeit kaum noch auf dieses Leben eingelassen, hat durch Zynismus und Sarkasmus, letztlich im Nihilismus sein frustriertes Sinnstreben abgewehrt. Häufig lässt sich ein Abgleiten in eine Sucht, gleichsam in den „protrahierten Suizid“, beobachten. Abgrundtief wird in der suizidalen Krise die Leere, Unerfülltheit, das Scheitern und die Verzweiflung erlebt und berichtet. „Was muss ich tun, um aus all dem heraus zu kommen“, fragt sich der Betroffene in seiner Ausweglosigkeit und sieht im Suizid die einzig annehmbare Antwort. „The common purpose of suicide is to seek a solution“, postuliert Shneidman (1993, 34). Für den Autor ist ein Suizid keine zufällige, sinnlose Handlung. Zunächst durchaus ähnlich formuliert der Logotherapeut Peeck (1991, 82): „Würde der Suizidant mit der suizidalen Handlung keinen Sinn verbinden, würde er sie nicht vollziehen.“ Allerdings sieht letzterer den intendierten Wert im Erleben einer übergreifenden Einheit jenseits der Todesgrenze, während sich für Shneidman das angestrebte Ziel im Aufhören des Bewusstseins zeigt.

Wenn wir Verzweiflung als die Unfähigkeit zur Entscheidung verstehen, so wäre die häufig im Vorfeld von Suiziden beobachtbare scheinbare Besserung der Befindlichkeit bzw. Normalität des Verhaltens die Ruhe des Entschlossenen, der sich bereits auf seinem tödlich endenden Ausweg befindet.

Im Umgang mit Suizidalität ist darauf zu achten, dass es für Betroffene nicht unbedingt ausreichen muss, in einem Tätigkeitsfeld zu stehen und sich in einem Zusammenhang zu wissen und Werte in der Zukunft zu haben. Vielmehr ist die phänomenologische Haltung der Offenheit notwendig, die den Menschen zu Trauer, Schmerz, Leiden, Sehnsucht, Hoffnung, Liebe oder Glaube befähigt. Durch seine Weltoffenheit ist es ihm möglich, sich von der Situation befragen zu lassen. In diesem Zusammenhang betont Dörner (1993), dass der Anspruch auf das Recht, den Zeitpunkt seines Todes zu bestimmen, die Veränderung der Offenheit des Menschen in ein geschlossenes System bedeutet und dadurch das spezifisch Humane verloren geht. Dadurch reduziert sich der Mensch existenzanalytisch betrachtet um die noetische Dimension. Frankl würde dem oben angeführten Zitat Shneidmans wohl vehement widersprechen. Er betont, dass „ein Selbstmord kein Problem lösen kann“ (1991, 89). Im Leben wird demnach kein Problem gelöst, indem man das Leben wegwirft. Es geht vielmehr darum, dem Menschen in seinem Dasein ein Ziel und einen Zweck finden zu lassen,

womit er eine Aufgabe vor sich sehen kann. Die ethische Forderung Frankls, die im übrigen auch Erwin Ringel in Patientengesprächen vertrat (persönliche Mitteilung von Gerhard Sonneck), berührt verstärkt die Grundhaltung von Ärzten und Therapeuten in ihrer Auseinandersetzung mit dem Wert des Lebens.

Aus Sicht der neueren Existenzanalyse bekommt zwar die emotionale Befindlichkeit des Betroffenen und sein Bezug zum Leben ein stärkeres Gewicht, trotzdem wird aber nach der dialogischen Konzeption der Existenz auch die Frage aufgeworfen, was das Leben von diesem Menschen, was die Situation von ihm erwartet, was er jetzt tun kann und tun soll für sich oder für andere. Der Tod durch Suizid kann ein Modell der Daseinsbewältigung für Angehörige darstellen und in Krisenzeiten zur Nachahmung verführen und hinterlässt als soziale Tragödie tiefen Schmerz, Gefühle von Schuld und Versagen bei den Hinterbliebenen. Diesen Sachverhalt im Beratungs- oder Therapiegespräch mit suizidalen Menschen nicht auszublenden, scheint für das Auffinden von Gründen für ein Weiterleben bedeutsam zu sein. Dabei wird die persönliche Verantwortung angesprochen, wenn dem Gefährdeten aufgewiesen wird, dass es letztlich an ihm liegt, sich mit der Situation abzustimmen, zu überlegen, ob es auch gut ist für ihn, für andere, für die Zukunft, für die Welt, in der er noch steht.

Literatur

- Antonowsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Butollo W (1993) Das dialogische Prinzip und die Suizidprävention. In: Giernalczyk Th, Frick E (Hg) Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze. Regensburg: Roderer, 11-25
- Dörner K (1993) Schnittpunkte des Rechts zu leben und der Rechts zu sterben. In: Giernalczyk Th, Frick E (Hg) Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze. Regensburg: Roderer, 11-25
- Farber M L (1968) Theory of Suicide. New York: Funk & Wagnalls
- Franke A (1993) Suizidprophylaxe – Samaritertum oder professionelle Dienstleistung. In: Giernalczyk Th, Frick E (Hg) Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze. Regensburg: Roderer, 26-40
- Frankl V E (1991) Ärztliche Seelsorge. Frankfurt: Fischer
- Frankl V E (1998) Hunger nach Brot, Hunger nach Sinn. In: Frankl VE: Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Weinheim: Beltz, 259-264
- Längle A (1997a) Das Ja zum Leben finden. In: Längle A, Probst Ch (Hg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeit. Wien: Facultas, 13-32
- Längle A (1997b) Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. In: Längle A, Probst Ch (Hg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeit. Wien: Facultas, 149-169
- Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 1, 15, 16-27
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. Fundamenta Psychiatrica, 5-13
- Litman R E (1967) Sigmund Freud on suicide. In: Shneidman ES (Ed) Essays in Self-Destruction. New York: Science House, 324-344
- Peeck S (1991) Suizid und Seelsorge. Stuttgart: Calwer Verlag
- Shneidman E S (1993) Suicide as Psychache. A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.
- Wolfersdorf M (2000) Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart: WVG

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Anton Nindl
 Thumegger Bezirk 7/1
 A-5020 Salzburg
 anton.nindl@existenzanalyse.org