

«Ein Suizid ist keine freie Entscheidung»

Konrad Michel Der Psychiater warnt, dass Suizid in der Schweiz falsch verstanden wird. Und erklärt, was die Psychiatrie besser machen müsste.

Jessica King

Herr Michel, Sie haben vor 25 Jahren in der «Rundschau» gesagt, in der Bevölkerung fehle das Verständnis für Suizid. Würden Sie das immer noch sagen?

Ja, ich denke schon. Nach wie vor herrscht in der Schweiz die Meinung vor, Suizid sei die freie Entscheidung jedes Einzelnen.

Ist das denn so falsch?

Ich habe Hunderte Menschen nach einem Suizidversuch interviewt – und ich kann Ihnen sagen, die akute suizidale Krise hat nichts mit einem freien Entschluss zu tun. Ein Suizid geschieht praktisch immer in einem psychischen Ausnahmezustand.

Was ist mit dem sogenannten Bilanzsuizid, wenn jemand rational seine Lebensumstände abwägt?

Ich war immer der Meinung, dass Bilanzsuizide sehr selten sind. Ich denke aber, dass dieser Begriff heute bei der Sterbehilfe angemessen ist – die aber fast ausschliesslich bei schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen zur Anwendung kommt.

Sie sagen, Menschen geraten in einen Ausnahmezustand, der von der Medizin und der Bevölkerung zu wenig verstanden wird. Was passiert da genau?

Ausgelöst wird der sogenannte Suizidmodus durch einen seelischen Schmerz, den ein Mensch als unerträglich empfindet. Dieser Schmerz ist die Folge eines Erlebnisses, welches die persönliche Identität gefühlt existenziell bedroht. In diesem Zustand sind Gedanken, Gefühle und Verhalten verändert. Ein Mensch wird komplett gesteuert von seinen Emotionen – das rationale Denken ist ausgeschaltet.

Sie schreiben in Ihrem Buch, dass Menschen in diesem Moment oft ganz ruhig wirken, wie in Trance, und auch keine Schmerzen spüren.

Ja. Ohne einen solchen neurobiologischen Ausnahmezustand wäre es unmöglich, vor einem Zug zu stehen oder von einer Brücke zu springen. In Gesprächen mit Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, höre ich immer wieder: «Das war nicht ich selber. Ich war wie fremdgesteuert. Es lief alles irgendwie automatisch ab.»

Wie gelangen Menschen in diesen Modus?

Das hat primär mit zwei Sachen zu tun: Scham und Schmerz.

Können Sie konkreter werden?

Nehmen wir als Beispiel Leute, die in ihrer Kindheit Konflikte und die Scheidung der Eltern erlebt haben. Kinder fühlen sich oft schuldig für die Probleme von Vater und Mutter. Wenn es im Erwachsenenleben nun zu einer Trennung kommt, kann das dazu führen, dass plötzlich diese alten schmerzlichen und bedrohlichen

Gefühle wieder erwachen und überhand nehmen. Ich habe junge Frauen nach ihrem Suizidversuch behandelt, die mir sagten, sie fühlten sich nach einem Beziehungsabbruch wie der letzte Dreck, vollkommen wertlos, nicht beziehungsfähig.

Denken Menschen anders über ihren Suizidversuch, wenn sie nicht mehr im Ausnahmezustand sind?

Ja, es ist typisch, dass nach einer Suizidhandlung das normale Erleben wieder einsetzt. Junge Menschen wollen nach einer Tablettenüberdosis am nächsten

«In Gesprächen mit Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, höre ich immer wieder: «Das war nicht ich selber.»»

Tag wieder in die Schule. Leute, die in Bern von einer Brücke gesprungen sind und überlebt haben, sagten mir, dass sie sofort nach dem Sprung dachten: «Was habe ich jetzt gemacht! Ich wollte das doch gar nicht.»

Für Angehörige muss es schmerzhaft sein, zu hören, dass Menschen ihren Suizid eigentlich bereuen.

Im Gegenteil. Viele sind erleichtert, ein Konzept zu haben, mit dem sie einordnen können, was passiert ist. Und eine Erklärung erhalten, warum der Mensch im Moment des Suizids nicht an die Familie gedacht hat. Nicht überlegt hat, was er den Angehörigen antut, nicht einmal einen Abschiedsbrief hinterlassen hat. Ich denke da an einen Mann, dessen 26-jährige Frau sich in der Klinik das Leben genommen hat und ihn mit einem acht Monate alten Säugling zurückgelassen hat. Er sagte mir: «Ich weiss, dass meine Frau das nicht wollte. Für mich ist das ein Hirninfarkt.»

Sie kritisieren, dass die Medizin diesem suizidalen Modus zu wenig Aufmerksamkeit schenkt. Warum?

Bis heute geht die Psychiatrie noch immer vom Modell aus, wonach Suizid eine Folge einer psychischen Erkrankung wie einer Depression ist. Die Medizin lehrt auch, dass Suizidgedanken früher oder später zum Suizid führen. Das ist aber Unsinn. Suizidgedanken sind in der Bevölkerung häufiger, als man denkt. Aber dass es zu einer Suizidhandlung kommt, hat mit der ganz persönlichen Vulnerabilität, der Verletzlichkeit des einzelnen Menschen zu tun.

Sie können aber nicht abstreiten, dass Depressive sich wohl



Konrad Michel ist 76 Jahre alt – aber denkt nicht daran, mit der Arbeit aufzuhören. Foto: Franziska Rothenbühler

cher das Leben nehmen als psychisch Gesunde.

Klar, psychische Erkrankungen sind Risikofaktoren, und sie müssen erkannt und behandelt werden. In einer Depression fühlen sich die Leute wertlos, nicht mehr sich selber, als Belastung für die Umgebung. Die psychische Erkrankung ist aber nicht die eigentliche Ursache der Suizidhandlung.

Ist es denn so wichtig, diese Unterscheidung zu machen?

Ja. Wenn die behandelnde Psychiaterin dieses Modell vertritt und der suizidalen Patientin sagt, sie habe eine Depression, man müsse diese behandeln und damit sei auch die Suizidgefahr gebannt, macht sie einen Fehler. Sie geht nicht auf die Hintergründe des Suizidver-

suchs ein. Es braucht einen psychologischen Auslöser. Immerhin erstellt man heute in den Kliniken mit suizidalen Patientinnen und Patienten ein Dokument, in dem man Warnzeichen und Strategien aufschreibt, die die Leute in der Zukunft anwenden sollten. Aber das allein ist nicht genug.

Was braucht es denn noch?

Eine gemeinsame Sprache. Patientinnen und Patienten sehen den Suizid als Lösung für eine unerträglich schmerzhaftes Erleben. Und wenn sie das Gefühl haben, dass der Arzt nur an der Diagnose und nicht am Mensch interessiert ist und einfach Medikamente verschreibt, werden sie nicht über ihre psychischen Schmerzen und ihre Scham reden.

Leitartikel

Über den Bischöfen hängt ein Damoklesschwert

Will die katholische Kirche ihr Missbrauchsproblem lösen, braucht es zwei grosse Schritte: Sie muss die Macht der Bischöfe beschneiden und das Zölibat abschaffen.

Catherine Boss und **Oliver Zihlmann**

1002 Fälle von sexuellen Übergriffen, 510 Beschuldigte, 921 Betroffene, darunter Kleinkinder und Säuglinge. Das Resultat einer Studie der Universität Zürich zur katholischen Kirche hat diese Woche viele Menschen bewegt. Aus den Kommentaren der Leserschaft zur Berichterstattung sind Wort und Enttäuschung spürbar. Und eine tief sitzende Skepsis, ob die Kirche reformfähig genug ist, um Missbrauch zu minimieren.

An der Medienkonferenz zur publizierten Studie sagte Renata Asal-Steger, Präsidentin der römisch-katholischen Zentralkonferenz, am vergangenen Dienstag: «Wir suchen nach Worten und wissen, dass wir nicht die richtigen finden, dass wir besser schweigen sollten. Denn geredet wurde schon viel und seit Jahren schon. Doch wir haben am Thema vorbeigeredet.» Tatsächlich. Die Bischöfe glauben, es reiche, wenn sie den Priestern Sensibilisierungskurse zum Thema sexueller Missbrauch verordnen und sich bei den Betroffenen entschuldigen. Sie – und ihr oberster Chef in Rom – waren aber bisher nicht bereit, die Strukturen der katholischen Kirche in Frage zu stellen.

Doch genau das braucht es jetzt. An der Medienkonferenz sagte der Churer Bischof Joseph Maria Bonnemain: «Vor allem

Die Bischöfe dürfen nicht mehr Hirten und Richter in einem sein.

die Verantwortlichen in den Bistümern und den Ordensgemeinschaften sind gefordert, systemische Probleme endlich anzugehen und sich den damit verbundenen Fragen zu stellen.»

Doch was müsste konkret geschehen? Zwei Dinge stehen im Vordergrund: Die übersteigerte Macht der Bischöfe gehört eingeschränkt, und das Zölibat muss fallen. Ansonsten hören die Missbrauchskandale wohl nicht auf. Mit dem Zölibat legt die Kirche ihr Schicksal in die Hände von Männern, die vor Gott versprochen haben, ein Leben lang ihre Sexualität nicht zu leben. Die Gefahr, dass viele so zu einem toxischen Doppelleben gedrängt werden, ist enorm. Die Kirche geht damit schon rein statistisch ein beträchtliches Risiko ein, dass Männer mit einem ungesunden Verhältnis zu ihrer Sexualität Macht über Gläubige erhalten – darunter viele Jugendliche und Kinder. Und sie tut dies ohne Not. In vielen Kirchen, die gleichzeitig der Vater seiner Priester und natürlich auch der Getauften. Das heisst, dass er

in der Ostkirche. Das Zölibat wurde bis ins 19. Jahrhundert kaum streng gelebt. Dies änderte sich mit der Französischen Revolution, welche die katholische Kirche ihre einstige Machtposition kostete. In der Folge versuchte sie sich als einzigartig hervorzuheben. Die katholischen Priester sollten sich von den protestantischen Pfarrern abheben, mit einer besonderen Nähe zu Gott, dank dem zölibatären Leben. Zudem sollte das Vermögen der Kirche nicht auf Kinder eines Bischofs vererbt werden. Es ging also auch darum, die Reichtümer der Kirche zusammenzuhalten. Das Zölibat ist also keineswegs «gottgegeben». Seine Abschaffung würde die zentrale Glaubenslehre der Katholiken nicht erschüttern.

Neben der Abschaffung des Zölibats braucht es auch für die Bischöfe eine neue Rolle. Warum die Kirche weltweit trotz wiederholter Versprechen in den letzten Jahrzehnten nicht selbst in der Lage war, die Übergriffe zu stoppen, hat der Berner Pfarrer und frühere Generalvikar Nicolas Betticher in seiner Kritik an den Bischöfen auf den Punkt gebracht. Das Problem liege daran, dass der gesamte Prozess in den Händen des Bischofs liegt. Betticher: «Er ist der oberste Richter in seinem Bistum. Er ist der oberste Chef der Exekutive. Er ist der oberste Chef der Legislative und gleichzeitig der Vater seiner Priester und natürlich auch der Getauften. Das heisst, dass er

im Prinzip dauernd in einer Zwickmühle ist. Das Einfachste ist dann, man macht nichts, dann kommt nichts raus.»

Genau wie beim Zölibat liess sich auch hier mit einfachen Mitteln eine grosse Wirkung erzielen. Man sollte die Macht des Bischofs beschneiden und ein professionelles, vom Bischof unabhängiges Untersuchungs-gremium installieren.

Solche Veränderungen scheinen machbar, aber die Kirche ist gespalten. Zwischen jenen, die eine Kirche anstreben, die verankert ist in der modernen Lebenswelt der Menschen. Und jenen, die an alten Dogmen festhalten und ihre Macht nicht abgeben wollen. Am Schluss kann nur der Papst Veränderungen erwirken, doch auch er führt nicht im luftleeren Raum. Es wird sich in den nächsten Jahren zeigen, auch in der Schweiz, welche Kräfte unter den Bischöfen die Oberhand gewinnen und Einfluss nehmen. Über der katholischen Kirche der Schweiz schwebt das Damoklesschwert, denn in drei Jahren werden die Historikerinnen der Uni Zürich einen weiteren Bericht präsentieren. Dann wird man mehr sehen als bei der jetzt präsentierten Pilotstudie, die laut Angaben der Studienleiterinnen nur die Spitze des Eisbergs zeigt. Will die katholische Kirche endlich ein Stück Glaubwürdigkeit zurückgewinnen, braucht es bis dann grosse Schritte.

Mich erstaunt, dass Sie sagen, den Patientinnen und Patienten werde nicht zugehört.

Das höre ich jedenfalls von fast allen nach einer Behandlung in einer Klinik. Es gibt ein paar wenige Ausnahmen, aber mir erzählen sie dann etwa: «Die Psychiaterin hat eine halbe Stunde pro Woche für mich, und dann gabs einen Psychologen, aber der war grad in den Ferien.» Am ehesten hat die Pflege einen Draht zu den Patienten. Zudem fehlt es in den Kliniken überall an Personal. Mein Eindruck ist, dass die Psychotherapieausbildung und -praxis in den letzten 20 Jahren in Kliniken massiv an Bedeutung verloren hat.

Ein heftiger Vorwurf, finden Sie nicht?

Das ist so. Aber die Psychiatrie kommt leider immer mehr an ihre Grenzen. Das beschäftigt mich.

Sie wollen dem Therapeuten mehr Gewicht verleihen und haben dafür das Programm «Assip» erarbeitet (siehe Kasten). Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, erhalten drei Sitzungen, in denen eine Fachperson mit ihnen zuerst ein narratives Interview durchführt. Warum ist es wichtig, dass Menschen auf diese Art ihre Geschichte erzählen?

In diesem Behandlungsprogramm gehen wir davon aus, dass Suizid eine Handlung ist, nicht Folge einer Krankheit. Und Handlungen können Menschen gut mit Geschichten erklären und verstehen. In diesen Inter-

anderen Ländern ist das anders – in Finnland beispielsweise wurden bereits über 2500 Menschen mit dem Programm behandelt.

Sie haben sich ein Leben lang mit dem Thema Suizid beschäftigt – und vor Jahren selber einen Sohn dadurch verloren. Wie schauen Sie heute auf diesen Verlust zurück?

Ich weiss seither, was ein solches Ereignis für Angehörige bedeutet. Wie andere habe auch ich mir den Kopf zermartet, um zu verstehen, was ich anders hätte machen können. Unser Sohn machte einen ersten Suizidversuch, da war mir klar, dass er eine Therapie braucht.

Aber als Vater konnten Sie Ihren Sohn nicht selber therapieren.

Ja, er ging dann zu einem Berufskollegen von mir. Später habe ich mit Kollegen meines Sohnes gesprochen, und offenbar habe er ihnen gesagt: Der Psychiater sei schon okay, aber dem sage er sicher nicht alles. Das ist leider bis heute das ganz grosse Problem: Suizidale Menschen reden im Vorfeld nicht darüber. Das ist deshalb eine Hauptbotschaft meines Buches – Menschen sollen einen Suizid als persönliche Krise verstehen. Und mit anderen darüber sprechen.

Konrad Michel, «Assip» und das Buch

Konrad Michel (76) ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und hat unter anderem bei den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern gearbeitet. Er hat einen grossen Teil seiner Forschung und seiner klinischen Tätigkeit dem Suizid und der Suizidprävention gewidmet und hat unter anderem das Programm Assip für die therapeutische Behandlung von Menschen nach einem Suizidversuch entwickelt.

In diesem Programm führen Patientinnen mit der Therapeutin zuerst ein narratives Interview über die Hintergründe des Suizidversuchs durch, danach schauen sie gemeinsam das auf Video aufgenommene Narrativ an und machen sich Gedanken über die Zusammenhänge zur Lebensgeschichte. Später erhalten die Patienten regelmässig kurze persönliche Briefe oder E-Mails sowie einen Text mit Informationen zum suizidalen Modus. In Studien zeigte sich, dass das Programm das Risiko eines erneuten Suizidversuchs deutlich reduzieren konnte.

Michel bildet Fachpersonen in der Behandlung von suizidalen Menschen aus und führt eine Praxis in Spiez. In seinem neuen Buch «The Suicidal Person – a New Look at a Human Phenomenon» (September 2023, Columbia University Press, auf Englisch) fasst er nun seine wichtigsten Erkenntnisse zusammen. (jck)

«Angehörige sind erleichtert, eine Erklärung zu erhalten, warum der Mensch im Moment des Suizids nicht an die Familie gedacht hat.»

views versuchen wir deshalb, gemeinsam ein Verständnis dafür zu schaffen, in welchem Zusammenhang der Suizidversuch mit der Lebensgeschichte des einzelnen Menschen steht. Das ist ein erster therapeutischer Schritt.

Wieso wenden Kliniken solche narrative Interviews nicht häufiger an, wenn es nur drei Sitzungen braucht?

Unter anderem, weil es kostet. Bei Weiterbildungen sagen mir Assistenzärztinnen und -ärzte, sie würden das Konzept gerne anwenden, aber sie hätten keine Zeit dafür. Zudem können Kliniken nicht den gesamten Aufwand der Krankenkasse verrechnen. In

Orlando

