

Region

«Ein Suizid ist keine freie Entscheidung»

Interview Der Spiezer Psychiater Konrad Michel sagt, dass Suizid in der Schweiz von der Bevölkerung, aber auch von der Medizin falsch verstanden wird. Und er 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 heute 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 Entschieden 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 Medizin und 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 einen 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 Gefühle wieder erwachen und überhandnehmen. Ich habe junge Frauen nach ihrem Suizidversuch behandelt, die mir sagten, sie fühlten sich nach einem Beziehungsabbruch vollkommen wertlos, nicht beziehungsfähig.



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

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

Ja, es ist typisch, dass danach das normale Erleben wieder einsetzt. Teenager wollen nach einer Tablettenüberdosis am nächsten 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.

Der Arzt, die Behandlung «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 gewidmet und hat unter anderem das Programm «Assip» für die Behandlung von Menschen nach einem Suizidversuch entwickelt. Dabei führt die Therapeutin mit den Patienten ein narratives Interview über die Hintergründe des Suizidversuchs, danach schauen sie es sich auf Video an und machen sich Gedanken über die Zusammenhänge zur

Lebensgeschichte. Später erhalten Patientinnen und 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 kann.

Bis heute bildet Michel Fachpersonen rund um die Welt 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» fasst er nun seine wichtigsten Erkenntnisse zusammen. (jck)

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 eher 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 Suizidversuchs 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.

In Gesprächen höre ich immer wieder: «Das war nicht ich selber.»

Was braucht es denn noch?

Eine gemeinsame Sprache. Patientinnen und Patienten sehen den Suizid als Lösung für eine unerträglich schmerzhaft Erfahrung. 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.

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.

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

Sie wollen dem Therapeutischen mehr Gewicht verleihen und

Hilfe bei Suizidgedanken

Haben Sie selbst psychische Probleme oder kennen Sie Betroffene? Für Kinder und Jugendliche ist das Telefon 147 da, auch per SMS, Chat, E-Mail oder unter www.147.ch. Erwachsene können die Dargebotene Hand kontaktieren, Telefon 143. E-Mail- und Chat-Kontakte finden Sie auf www.143.ch. Die Angebote sind vertraulich und kostenlos. Unterstützung bieten auch Pro Mente Sana oder die Website www.wie-gehts-dir.ch. (red)

haben dafür das Programm «Assip» erarbeitet. Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, erhalten drei Sitzungen, in denen eine Fachperson mit ihnen zuerst ein narratives Interview durchführt. Warum ist das wichtig?

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 Interviews 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 narrativen 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 gern anwenden, aber sie hätten keine Zeit dafür. Zudem können Kliniken nicht den gesamten Aufwand der Krankenkasse verrechnen. In anderen Ländern ist das anders – in Finnland etwa 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 zermartert, 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.