

## **FOLIE 1**

### **Überlegungen zum Verhältnis von suizidalen Handlungen und süchtigem Trinken aus systemischer Sicht**

Eines der Hauptprobleme über das Verhältnis von Suizid und Sucht aus systemischer Sicht zu sprechen, liegt darin, dass man sich in der Komplexität des Themas verlieren kann. Man ist mit dem Risiko der Auswahl konfrontiert. Was will ich sagen und vor allem: Was lasse ich weg? Und die Kunst des Weglassens – wie man sie in gelungener Bildhauerei beobachten kann – gelingt nicht immer.

Ich werde mich im folgenden auf vier Überlegungen konzentrieren. Dabei beziehe ich mich bei den ersten beiden Punkten überwiegend auf suizidale Dynamiken und bei den restlichen Punkten auf den möglichen Zusammenhang süchtiger und suizidaler Prozesse. Ich habe sie folgendermaßen benannt:

## **FOLIE 2**

1. Was können wir wissen?
2. Über die Unverlässlichkeit des Lebens
3. Nicht mehr hier und noch nicht dort:  
Ritualtheoretische Überlegungen
4. Vom Zaudern und Springen:  
Systemtherapeutische Überlegungen

## FOLIE 3

### 1. Was können wir wissen?

Auf den ersten Blick ist dies eine merkwürdige Frage. Natürlich wissen wir, dass  $1 + 1 = 2$  ergibt. Und natürlich wissen wir, dass Sie dort sitzen und ich hier stehe. Aber wenn es um die Frage geht, wer sich in diesem Saal gerade wohler fühlt, Sie oder ich, wird die Sache schon komplizierter. Und wenn es dann um die Frage geht, warum das so ist, wird es interessanter und verworrener zugleich. Hier kommen nämlich Bewertungen und Erklärungen ins Spiel, die die Antwort nicht nur nicht einfach erscheinen lassen – sie lassen vielfältige Varianten zu, ohne dass diese Frage letztendlich entschieden werden könnte.

Und schon sind wir bei einem zentralen Punkt des systemischen Denkens. Nämlich bei der Frage, auf welche Weise wir, Sie und ich, die Welt beobachten, wie wir sie bewerten, erklären und welches Verhalten daraus resultiert.

Das scheint auf den ersten Blick überflüssig zu sein. Wenn nicht unsere Wahl der Beobachtungs- und Bewertungsvariante oft mehr über **uns** als über das Phänomen aussagen würde, das es zu erfassen gilt.

So soll Picasso einmal von einem Journalisten gefragt worden sein, warum er Frauen in seinen Bildern so verunstaltet darstelle. So sähen richtige Frauen nicht aus. Der Künstler fragte daraufhin, wie Frauen denn aussehen würden. Der Journalist zückte seine Brieftasche und präsentierte eine Fotografie seiner Frau mit den Worten: „So sehen Frauen aus.“ Picasso

betrachtete das Foto nachdenklich und antwortete: „Ziemlich klein. Und ganz schön flach.“

Die Idee, dass Menschen sich ihre Sicht auf die Welt aufgrund ihrer eigenen Beobachtungskriterien entwickeln, ist nicht zu widerlegen und hat zwei entscheidende Vorteile: Einen ethischen und einen praktischen. Ethisch ist mit einer solchen Theorie klar, dass die Verantwortung für meine Weltsicht bei mir liegt. Bei wem auch sonst? Praktisch erlaubt es mir, meine eigene Weltsicht zu korrigieren und damit zu dynamisieren. Nach dem Motto: Es könnte alles auch anders sein.

Ob ich meine Sicht aber korrigiere, liegt einzig und alleine in meiner Entscheidung. Eigentlich sind solche Korrekturen ganz normal und finden täglich statt. Z.B. zu bemerken, dass Männer manchmal trotz allseits bekannter Beschränkungen die Butter oder den Joghurt im Kühlschrank doch finden. Und dass Frauen beim Einparken den mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Sachschaden vermeiden können.

Jedoch bei oft seit Jahren bestehenden Problemen kann der Wunsch entstehen, diese in einem beraterisch-therapeutischen Rahmen zu überdenken. Vor allem dann, wenn diese Probleme das eigene Erleben und Handeln einschränken, weil die erworbenen Selbst-, Fremd- und Weltbilder hart und unflexibel geworden sind. Dann kommt Therapeuten die Aufgabe zu, den Klienten vorübergehend als jemand zur Verfügung zu stehen, der eine nicht mehr oder noch nicht vorhandene flexiblere, weniger Leid erzeugende Beobachtungsvariante zu eröffnen hilft.

Spätestens an diesem Punkt kommen wir als Helfer ins Spiel. Und spätestens hier taucht die Frage auf, wie wir auf Probleme schauen, wie wir sie bewerten und erklären. Kurz: Was wir zu wissen glauben und was dieses Wissen für unser Handeln und damit für unsere Klienten bedeuten kann.

Wenn man sich mit der Geschichte des Suizids beschäftigt, lässt sich das beispielhaft illustrieren. Man findet nämlich sehr unterschiedliche Bewertungen und Erklärungen für dieses Phänomen, obwohl das Phänomen selbst – die Selbsttötung – immer gleich geblieben ist. Das Faktum, die suizidale Handlung also, liefert offensichtlich weder eine eindeutige Erklärung noch eine eindeutige Bewertung mit.

In der Antike gab es sowohl philosophische Schulen, die den Suizid als erstrebenswert betrachteten als auch solche, die ihn als Feigheit und Verantwortungslosigkeit der Gesellschaft gegenüber verurteilten.

Im Christentum gilt der Suizid seit Augustinus einerseits als Sünde, weil man sich das Leben, das Gott einem gegeben hat, nicht selbst nehmen dürfe.

Andererseits gab es aber auch eine kurze Phase in der Frührenaissance, in der die Autonomie des Individuums in einer besonderen Art Respekt erfuhr. Montaigne schreibt beispielsweise: „Der Weise lebt so lange, als er soll und nicht so lange, als er kann“ (Retzer, S. 247) und weiter: „Unser Leben hängt von dem Willen anderer Leute, der Tod von unserem eigenen ab. In keinem Dinge dürfen wir uns so sehr nach unsern Neigungen richten als in diesem.“ (ebda.)

Im 18. und 19. Jahrhundert begannen erste Diskussionen darüber, ob der Suizid Ausdruck einer psychischen Erkrankung sei. Mit dieser Fragestellung wurde die suizidale Handlung fast unmerklich als Ausdruck von Schwäche, Wahnsinn, Perversion oder einer Gehirnerkrankung interpretiert. Retzer schreibt dazu: „Der moralische Begriff der Verzweiflung, die eine Sünde ist,“ wurde „durch den psychologischen Begriff der Melancholie ersetzt,“ die als „eine Störung des Gehirns“ (Retzer, 249) galt.

Bis heute sind diese Diskussionen nicht abgeebbt. Im Gegenteil: Sie haben Hochkonjunktur. Bei der Erklärung suizidaler Handlungen wird häufig auf psychische Erkrankungen wie Depressionen, Psychosen oder Sucht zurückgegriffen. Ob es sich dabei um Fußballtorwarte wie Robert Enke, gescheiterte Unternehmer wie Adolf Merkle oder Filmstars wie Marilyn Monroe handelt.

Die suizidale Handlung wird auf diesem Weg zwar moralisch entlastet, gleichzeitig aber auch „dem scheinbar neutralen Bereich der krankhaften Unvernunft zugeordnet“ wie Retzer schreibt (ebda., S. 250). Wie häufig die Verknüpfung zwischen Krankheit und Suizid vorgenommen wird, zeigte folgende Recherche: Gab man bei Google die Stichworte „Krankheit und Suizid“ ein, tauchten 220 000 Nennungen auf. Bei „Depression und Suizid“ waren es 217 000 Nennungen. Bei „Sucht und Suizid“ waren es gar 373 000. Und es werden täglich mehr.

In meiner Praxis arbeite ich häufig mit süchtig trinkenden Menschen und auch mit Menschen, bei denen psychische Erkrankungen diagnostiziert wurden

bzw. die mit der Kombination dieser Diagnosen leben müssen.

Kürzlich hatte ich ein Gespräch mit einem 26-jährigen Mann, der als schizophren gilt und an mich überwiesen wurde, weil er exzessiv Alkohol trank. Er war mehrfach in psychiatrischen Einrichtungen, weil er unter der Angst litt, man könne seine Gedanken hören. Eine Angst, die ich übrigens bestens nachvollziehen kann. Wer weiß, ob ich noch hier stehen dürfte, wenn all meine Gedanken gehört worden wären.

Seine Angst war so groß, dass er bereits zwei Mal versuchte, sich mit Medikamenten das Leben zu nehmen. Übrigens mit einem Medikamentencocktail, den er sich aus Restbeständen seiner bisherigen medikamentösen Behandlung zusammen gemixt hatte. Auf die Frage, wie er sich erklärt, dass er sich z.Zt. nicht suizidieren wolle, antwortete er: „Da bin ich im Moment zu weit von weg. Vielleicht fehlt mir auch der Mut und die Entschlussfreude. Und wenn es ganz schlimm wird mit meinen Gedanken und meinem Alleinsein, betrinke ich mich mit Bier. Und dann geht es wieder.“

## **FOLIE 4**

- Erklärt nun die sogenannte psychische Erkrankung die suizidale Handlung?
- Oder erklärt die psychische Erkrankung die süchtige Entwicklung?
- Erklärt die süchtige Entwicklung die suizidale Handlung?
- Oder bremst das süchtige Trinken möglicherweise die Ausführung der Selbsttötung?
- Ist das süchtige Trinken somit eher suizidbegünstigend oder eher suizidverhindernd?

- Oder versuchen wir die suizidale Handlung mit der Diagnose von Krankheiten zu erklären, deren Zustandekommen wir ebenfalls nicht erklären können?
- Führt das tatsächlich weiter?

Ehrlich gesagt: Ich weiß es nicht und ich hoffe, dass ich diese Art des Nichtwissens noch eine Weile behalte. Es bewahrt mich und meine Klienten nämlich vor meiner eigenen Gewissheit und Entschiedenheit. Und es macht mich neugierig. Neugierig auf die Erzählungen und Empfindungen der Klienten, mit denen ich zu tun habe. Es setzt dem scheinbar so sicheren Wissen um die Dinge des Lebens ein eindeutiges „Vielleicht“ entgegen.

Sehr passend schreibt Philip Roth in seinem Roman „Der menschliche Makel“: „Mit „Jeder weiß“ ruft man das Klischee an und beginnt mit der Banalisierung der Erfahrung, und das eigentlich Unerträgliche sind die Feierlichkeit und das Gefühl der Autorität, mit der die Leute das Klischee aussprechen. Wir wissen nur, dass auf individuelle Weise niemand irgend etwas weiß. Man *kann* gar nichts wissen. Die Dinge, von denen man *weiß*, dass man sie nicht *weiß*. Absicht? Motiv? Folge? Bedeutung? Was wir nicht wissen, ist erstaunlich. Noch erstaunlicher ist, was wir als Wissen betrachten.“ (S. 235)

## **FOLIE 5**

### 2. Über die Unverlässlichkeit des Lebens

Das Thema „Suizid“ lädt spontan dazu ein, sich mit dem Ende eines Lebens zu beschäftigen und darüber zu sinnieren, welche Motive jemand für den Suizidversuch oder den gelungenen Suizid gehabt haben könnte.

Dennoch möchte ich beim Thema der selbst vorgenommenen Lebensbeendigung mit dem Lebensanfang beginnen. In der Tatsache des Geborenseins liegt schließlich die Basis, sich ebendieses Leben nehmen zu können.

Unbestreitbar ist, dass der Mensch in die Welt geboren ist – „geworfen“ wie die Existenzialisten sagen – ohne vorher gefragt worden zu sein. Man ist mit der Geburt zum Leben verurteilt. Aber damit nicht genug: Dieses Leben wird früher oder später auf passive oder aktive Art enden. Und beides sind zunächst bewertungsfreie Tatsachen. Das Leben ist nicht per se ein „Geschenk“, obwohl diese Bewertung im Bereich des Möglichen liegt. Es kann – als ungefragte Gabe sozusagen – durchaus auch als „Last“ empfunden werden.

Aber gerade durch diese Unentschiedenheit, durch die Bedeutungsoffenheit zwischen Geschenk und Last, eröffnet sich die notwendige Auseinandersetzung des ins Leben geworfenen Menschen mit der Frage, ob und wie er dieses ihm ungefragt gegebene Leben leben möchte. Die Wahllosigkeit der eigenen Geburt unterscheidet nämlich die Geburt vom Tod. Der Sterbliche kann bei seinem Tod, wenn auch nicht bei der Frage des ‚Überhaupt‘, „so doch in Bezug auf Modus und Zeitpunkt, ein Wort mitreden.“ (Lütkehaus, S. 128)

Der Satz „Ich nehme mir das Leben“ in seiner Doppelbedeutung ist Ausdruck dafür, dass nach der biologisch von anderen entschiedenen Geburt die psychische und soziale Selbstgeburt – die Übernahme der Verantwortung für sich selbst – noch erfolgen muss und nicht selbstverständlich und für alle Fälle als gelingend angesehen werden kann. Der Mensch hat

mindestens folgende Fragen für sich zu beantworten: Mache ich mich als biologisches **Geschöpf** zu meinem eigenen seelischen und sozialen **Schöpfer**? Will ich Sein oder lieber doch Nicht-Sein?

Nun tun sich Menschen unterschiedlich schwer damit, die Verantwortung für sich zu übernehmen und lebbare Optionen für das eigenes Leben zu entwickeln. Dies betrifft sowohl Optionen in der Beziehung zu sich selbst als auch Optionen in der Beziehung zu anderen. Aber wir kommen um die Frage der eigenen Mündigwerdung nicht herum.

„Wenn zutrifft,“ schreibt Sloterdijk „dass Menschen ‚ungefragt‘ ins Leben gesetzt werden, so können sie entweder überhaupt nie mündig werden – weil eine nachträgliche Anhörung in der Zeugungsfrage ein Ding der Unmöglichkeit ist – oder (sie werden es, R.K.) in dem Augenblick, in dem das Individuum die bevormundende Bestimmung zum Leben durch seine Erzeuger nachträglich gutgeheißen und sich mit allen Folgen der sexuellen Selbstherrlichkeit seiner Eltern einverstanden erklärt hat. Das Datum der Mündigwerdung wäre folglich der Tag, an dem sich das Subjekt in voller Einsicht in Lebenskosten und -risiken, die Todesgewissheit inbegriffen, dazu entschließt, seinen Eltern rückwirkend Prokura zu erteilen für den Koitus, der zu diesem Leben führte.“ (Sloterdijk, 1993, S. 275 f.)

Rose Ausländer drückt dieses Annehmen des Lebens mit seinen Möglichkeiten und Unwägbarkeiten in einer ganz anderen, lyrischen, Sprache in folgenden Zeilen aus:

## FOLIE 6

Mit euch allen

Schweben  
mit dem Vogel

mit der Sonne  
leuchten

rollen mit der  
Erde

Mit euch allen  
feiern

das unverlässliche  
Leben

Gelingt aber die Annahme des Lebens nicht bzw. erscheint die Herausforderung der psychischen und sozialen Selbstgeburt als zu groß, die Unverlässlichkeiten und Widerfährnisse des Lebens zu schwer und werden die eigenen zur Verfügung stehenden Ressourcen als zu gering eingeschätzt, wird die Suche nach glaub- und lebbareren Optionen zur unerträglichen Last. Der Glaube an sich selbst, die Lust an der Beobachtung der eigenen Möglichkeiten, die Neugierde auf das „Noch-Nicht“ geht verloren und droht einem „Nicht-Mehr“ zu weichen. Es entwickelt sich das, was man gemeinhin eine Krise nennt. Eine Krise, die im wahrsten Sinne des Wortes als „existenziell“ bezeichnet werden muss.

Ob die Begründungen dafür in einer unabänderlichen Leidensgeschichte wie z.B. körperlichem Siechtum, einer unerträglichen psychischen und/oder sozialen Verfasstheit, oder am Verlust des Glaubens an sich oder an die Welt liegen mag, sei dahin gestellt. Tatsache ist: Der suizidale Mensch hat den subjektiv empfundenen Verlust seiner Möglichkeiten zu beklagen.

Dieser Verlust hat sowohl erkenntnistheoretische als auch spirituell-philosophische Dimensionen:

Der Inbegriff aller Möglichkeiten, ob es als „die erste Ursache“, „das letzte Prinzip“, „das höchste Entwicklungsstadium“, „das Absolute“ oder, systemtheoretisch ausgedrückt „die differenzlose Beobachtung“ genannt wird, kann nämlich philosophisch mit dem Wort „Gott“ bezeichnet werden. „Gott“ allerdings nicht als Begriff im christlichen Sinn. Vielmehr im Sinne einer Haltung, die immer auch andere Optionen als die bisher realisierten für möglich hält und gleichzeitig sieht, welche Möglichkeiten gerade durch das Beobachten dieser alternativen Optionen wiederum nicht gesehen werden.

Dazu gehört sowohl das denkbare, erfahrbare und lebbare, das bereits bekannt ist als auch das, was bisher noch nicht gedacht, erfahren und erlebt wurde. Und auch das, was jenseits des Vorstellbaren liegen könnte: Das Ganze eben. Entsprechend dem Satz von Lama Anagarika Govinda: „Alles Sichtbare grenzt ans Unsichtbare, alles Hörbare ans Unhörbare, alles Fassbare ans Unfassbare und vielleicht alles Denkbare ans Undenkbare.“

Insofern soll mir die etwas provokativ erscheinende Aussage erlaubt sein: Der suizidale Mensch ist gottlos geworden.

Damit meine ich: Er hat das „Prinzip Gott“ als die Idee des Inbegriffs all seiner eigenen Möglichkeiten verloren. Der suizidale Mensch hat aufgehört, seine Sicht auf sich und die Welt zu beobachten. Er kann keine andere Perspektive mehr sich selbst und seinen sozialen Beziehungen gegenüber einnehmen. Er beginnt sich zu schämen, zu verachten, gar zu hassen. Er ist blind geworden und verliert dadurch den Glauben an das Jenseits im Diesseits.

Um nicht missverstanden zu werden: Der suizidale Mensch hat nicht etwa prinzipiell seine Fähigkeit zum Beobachten verloren. Immerhin kommt er ja gerade aufgrund dieser noch funktionierenden Beobachtung zum suizidalen Entschluss. Er hat vielmehr die Fähigkeit verloren, sich selbst bei ebendieser Beobachtung der Welt, die ihn zum suizidalen Entschluss führt, zu beobachten. Er kann daher keine, über seine selbst hergestellten Beobachtungsgrenzen hinausgehenden, zusätzlichen Möglichkeiten in sein Kalkül einbeziehen.

Er übersieht das „Prinzip Gott“ und hat so weder einen Zugang zum Kostbaren in sich, noch zum Vertrauenspendenden in seinen sozialen Bezügen. Der Suizidale verzichtet auf bzw. erleidet den Verlust der zutiefst menschlichen Fähigkeit zur Transzendenz. Der Stolz, die Freude und die Dankbarkeit für den gelingenden Prozess der Selbstschöpfung bleiben für den Suizidenten in seinem Erleben unerreichbar. Er ist einsam, isoliert und von „Gott verlassen“.

Insofern ist es für den Suizidalen nur folgerichtig, **so** nicht mehr leben zu können und zu wollen. Das muss aber nicht bedeuten, dass der Suizidale tot sein möchte. In dem Film „Gegen die Wand“ von Fatim Akin gibt es eine Szene, in der der männliche Hauptakteur

Cahit Tomruk ein Gespräch mit einem Arzt hat, nachdem Cahit mit seinem Auto ungebremst gegen eine Wand gefahren war. Der Mediziner sagt: „Wenn Sie Ihr Leben beenden wollen, dann beenden Sie doch Ihr Leben. Aber dafür müssen Sie doch nicht sterben.“

Erscheint jedoch ein Weiterleben selbst nach oder während eines Beraterisch-therapeutischen Prozesses als nicht (mehr) möglich, kann die suizidale Einengung des Denkens und Handelns also nicht mehr geöffnet werden, entreißt sich der suizidale Mensch dieses Lebens. Er bemächtigt sich seiner selbst gegenüber einer wie auch immer gearteten Geworfenheit. Es ist das definitive „Nein“ zu einem fremdbestimmten, besser: vorbestimmt erscheinenden Lebensentwurf. Die suizidale Handlung kann und muss dann auch als ein Akt der Individuation verstanden werden.

Natürlich ist der erfolgreiche Suizid, das soll nicht unerwähnt bleiben, sowohl für die Angehörigen als auch für die Behandler ein höchst aggressiver Akt. Der Suizid bürdet den Überlebenden den Umgang mit einer paradox erscheinenden Affektmischung von Schuld, Scham, Wut, Verzweiflung und Trauer auf. Manchmal mischt sich auch eine gewisse Form der Erleichterung ein, was die Verarbeitung nicht einfacher macht. Die Lösung für den Suizidenten wird so zum Problem der Überlebenden. Aber das ist schon wieder ein eigenes Thema, das den Rahmen sprengen würde.

## **FOLIE 7**

3. Nicht mehr hier und noch nicht dort:  
Ritualtheoretische Überlegungen

Worin liegen nun Ähnlichkeiten und Verbindungen zwischen suizidalen und süchtigen Dynamiken? Bei dieser Frage möchte ich mich auf den Kontext, den Lebenszusammenhang beziehen, in dem sich suizidale Dynamiken mit den beschriebenen Einengungen entwickeln, die aus meiner Erfahrung auch für Prozesse hin zu einem süchtigen Trinken charakteristisch sind.

Suizidale und süchtig trinkende Menschen stehen nach meiner Erfahrung an einem Punkt in ihrem Leben, an dem sie existenziell bedeutsame Veränderungen bewältigen müssen. Es handelt sich dabei um Herausforderungen, wie sie in jeder Biografie früher oder später in der einen oder anderen Form vorkommen können. Z.B. altersentsprechende Ablösungen vom Elternhaus, Gründung einer eigenen Familie, Bewältigung von Trennungen, Arbeitsplatzverlusten, Berentungen, oder von Schicksalsschlägen wie Krankheiten, der Tod von Eltern, Geschwistern, Partnern und Kindern.

Allerdings wurden diese Herausforderungen noch nicht bewältigt. Die Entwicklung stagniert. Eine solche Stagnation wird durch verschiedene gescheiterte Lösungsversuche und die subjektive Einschätzung begünstigt, mit als „komplex“ bewerteten Veränderungen nur schwer bzw. gar nicht zurecht zu kommen.

Das Trinken und die psychische Krise können als Reaktionen auf diese Stagnation interpretiert werden - stabilisieren sie aber auch gleichzeitig.

Der Zweifel an der eigenen Bewältigungskompetenz speist sich meist aus Lebenserzählungen, in deren Zentrum frühere – subjektiv als traumatisch bewertete

– Ereignisse stehen. Meist werden mit Angst-, Scham- und Schuldaffekten besetzte biografische Erlebnisse geschildert. In der Nacherzählung erscheint das familiäre Klima über längere Zeiträume durch die Erfahrung von Einflusslosigkeit, Ausgeliefertsein und verunsichernde emotionale Beziehungen in besonderem Maße geprägt.

Erinnern Sie sich noch an den 26-jährigen Klienten, von dem ich anfangs erzählte? Dieser Klient wuchs in einer Familie als ältestes Kind von dreien auf. Als er 8 Jahre alt war, begann der Vater absonderlich zu werden. Er hatte den Eindruck, die Familie werde durch fremde Mächte bedroht, zog sich zurück, verließ das Haus nicht mehr, zeigte sich depressiv und versuchte, da war der Klient etwa 10 Jahre alt, sich zwei Mal mit Medikamenten erfolglos das Leben zu nehmen.

Die Ehe verschlechterte sich immens und es kam gelegentlich zu gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern. In der Folge trennte sich die Mutter und zog mit den beiden jüngeren Kindern aus.

Der Klient blieb beim Vater, da er bereits mit seinen 10 Jahren sich verantwortlich für ihn fühlte. Die folgenden zwei Jahre waren davon geprägt, dass er sich sowohl vom Vater durch dessen merkwürdiges Verhalten und durch die getrennt lebende Mutter gleich von zwei Elternteilen verlassen fühlte. Dennoch hoffte er auf Besserung und auf eine gemeinsame familiäre Zukunft. Er zog sich in der Folge von Freundschaften und Vereinen zurück, konzentrierte sich nur noch auf die Schule und wollte v.a. eines nicht: auffallen. Niemand sollte merken, was zu hause los war. Auf diese Weise schaffte er es, ein sehr guter und unauffälliger Schüler, aber auch ein unbemerktes und einsames Kind zu sein.

Worin liegen nun die Besonderheiten, die mit unvermeidlichen Transformationsprozessen verbunden sind? Was bringt Menschen dabei an die Grenzen ihrer Bewältigungskompetenz? Was könnte bei der Dynamisierung stagnierender Prozesse bedenkenswert und hilfreich sein?

Dazu lohnt es sich, einen kurzen Blick auf anthropologische Studien zu diesem Thema zu werfen. (van Gennep 1986; Turner 1989; Eliade 1990 u. 1994). Hier finden sich nämlich Abhandlungen über Sinn und Zweck solcher Veränderungen und Darstellungen von Choreografien, die Transformationen erleichtern können und sollen: Sogenannte Übergangsrituale.

Auf dieser ritualtheoretischen Ebene lassen sich m.E. Hypothesen zu den Entwicklungs herausforderungen süchtiger und suizidaler Menschen ableiten. Dazu aber später.

In sogenannten „primitiven“ Kulturen werden fällige Transformationen wie Geburten, der Übergang vom Kind zum Erwachsenen, Heirat, Tätigkeitsspezialisierungen und Sterbeprozesse durch sogenannte Übergangsriten, begleitet. Sie sollen ein etwaiges Sinn- und Handlungsvakuum bei der Bewältigung dieser Ereignisse abmildern. Das Ziel dieser Zeremonien ist jeweils identisch: „Das Individuum aus einer genau definierten Situation in eine andere, ebenso genau definierte hinüberzuführen.“ (van Gennep 1986, S. 15)

Das Kennzeichen solcher Übergangsrituale ist ihre Dreiphasenstruktur (van Gennep 1986).

## FOLIE 8

Dabei ist die Ausgangssituation durch Begrenzungen gekennzeichnet, die dem Entwicklungsstand eines Menschen nicht mehr entsprechen und in der sich Veränderungen ankündigen. Diese Phase wird in der Literatur auch als die „Struktur I“ bezeichnet (Turner 1989). Diese wird durch ein Trennungsritual verlassen. Die Trennung vom alten Zustand in eine wandlungsbegünstigende Bewusstseinsdimension wird durch Einsatz unterschiedlicher Techniken und Hilfsmittel unterstützt wie meditative Techniken, asketische Haltungen, die Betäubung der Initianden durch Einnahme von Tabaksaft und berauschender Drogen. Es geht um das symbolische „Sterben“ der alten Persönlichkeit. Dies bildet den Ausgangspunkt für die nun anstehenden Entwicklungsschritte der „Umwandlungs- oder Schwellenphase“, auch „Anti-Struktur“ genannt.

Diese Phase repräsentiert einen Kontext von Zeit, Raum und Beziehungen, der als Angelpunkt der Transformation von einem Zustand in einen anderen angesehen werden kann und in dem besondere, durchaus auch bedrohliche Zustände, erlebt und durchlebt werden müssen.

Diese Phase mündet wiederum in eine „Wiederangliederungsphase“ bzw. hat die Integration in die „Struktur II“ zum Ziel. Die Struktur II repräsentiert den neuen, passenderen Lebenszusammenhang.

Als Begleiter für die Phasenübergänge dient dabei ein Schamane oder Medizinmann, der selbst eine Position zwischen den Welten repräsentiert (Eliade 1975). Er ist

weder ein Repräsentant der Struktur I noch der Struktur II, ist weder da noch dort und kann damit die anstehenden Übergänge erleichtern und fördern.

So weit zu Übergangsriten in traditionell geprägten Gesellschaften. Nun unterscheiden sich unsere gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen davon in beträchtlichem Maße.

Während in der traditionell orientierten Gesellschaft im Spannungsfeld von Stabilität und Wandel die Stabilität stärker ausgeprägt schien, zeigt sich heute der Wandel als das bestimmende Element (Welsch 1992; Stierlin 1997).

Und das hat v.a. zwei Konsequenzen:

Zum einen müssen Übergänge ohne Unterstützung durch einen Halt gebenden rituellen Ablauf und einen den Übergang fördernden „Begleiter“ bewältigt werden. Das Meistern von Lebenskrisen ist in hohem Maße individualisiert und wird praktisch privatisiert.

Zum anderen kann zwar von einer genau definierten und zu verlassenden Lebenssituation ausgegangen werden, jedoch nicht mehr von einer ebenso genau definierten Angliederungssituation. Das mit jeder Veränderung prinzipiell und unauflösbar verbundene Risiko konnte dort noch durch ritualisierte Zeremonien und einer klar definierten Struktur II minimiert werden. Heute müssen hingegen andere Formen der Risikoreduzierung gefunden werden. Der anstehende Veränderungsprozess ist daher weder für den „Passierenden“ selbst noch für andere bedeutsame Personen des Systems „deutungssicher“. Er beinhaltet neben den Chancen große Ängste und Befürchtungen.

Überträgt man diese ritualtheoretischen Ideen auf süchtige Entwicklungen und suizidale Krisen, so stehen Klienten an einem Punkt, an dem die Struktur I nicht mehr existiert und eine Struktur II noch nicht in Aussicht ist. Ein Lebensentwurf, die Struktur I, ist definitiv an sein Ende gekommen und eine Alternative gibt es noch nicht.

Der in der Krise sich befindende Mensch „erkennt“ bzw. „erspürt“, dass er an einem bedeutsamen Veränderungspunkt steht. Entwickeln sich nach einer individuell unterschiedlichen Zeitspanne der Suche keine Alternativen, wird eine zunächst milde Form der Selbstmedikation zur Behebung des Krisenerlebens und Selbstzweifels in Form bewusstseinsverändernder Substanzen begünstigt. „Rausch reift an Bruchstellen heran. Dort, wo er gebraucht wird“ schreibt Sebastyén treffend.

Sowohl die Berausung mit Alkohol als auch die Frage nach dem Lebenssinn lassen sich so als privatisierte Ablöserituale weg von der Struktur I deuten und als Zeichen einer individuellen Lösungssuche in der Schwellenphase interpretieren.

Dauert die Krise an und werden die eigenen Ressourcen für die notwendigen Veränderungen als unzureichend eingeschätzt bzw. erscheint der Preis für eine Entwicklung hin zu einer neuen Struktur als zu hoch, wird die Sinn und Seins-Frage zunehmend virulent. Die Chance steigt, das Verhalten in Richtung „psychische Krise“ oder „problematisches Trinken“ auszubauen.

Die so in der Lösungsbewegung behinderte bzw. sich behindernde Person verharrt in einer Position, die

weder ihren Platz in der Struktur I einnehmen kann, noch einen Platz in der Struktur II, sie stagniert in der Schwellenphase. Sozusagen in einer „Dis-Position“.

Gelingt eine Dynamisierung dieser Dis-Position nicht und entwickelt sich keine Neugier auf neue Perspektiven, wird dies als persönliches Scheitern erlebt. Die Folge ist eine Haltung der Selbstverachtung und Scham, die einen Rückzug aus sozialen Kontakten zusätzlich fördert. Das Risiko einer verstärkten Selbstmedikation im Sinne süchtiger Dynamiken und das Risiko suizidaler Handlungen steigt. Und dies umso eher, je mehr die jeweilige Biografie als von den bereits erwähnten biografischen Belastungsfaktoren geprägt erscheint.

Wie ging die Entwicklung des Klienten weiter?

Mit etwa 15 merkte er, dass er keinen Einfluss auf das Geschehen um seinen Vater hatte und zog zur Mutter. Dort begann er vermehrt Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen, hatte vorübergehend eine Freundin, kam sich aber immer „irgendwie fremd“ vor. Er hatte kein eigenes Zimmer wie die Geschwister und er musste im Wohnzimmer sein Bett aufschlagen.

In der Folge begann er zu trinken und zu Kiffen, vernachlässigte die Schule und verließ diese noch vor dem Abitur. Nach ca. zwei Jahren des Nichts-Tuns setzte ihn die Mutter unter Druck und er begann etwa 150 km vom Heimatort entfernt eine Ausbildung in einem pädagogischen Bereich.

Dort wohnte er alleine in einem Appartement und tat sich schwer, Kontakte zu knüpfen. Schon nach wenigen Wochen der Einsamkeit, ging er nicht mehr zur Ausbildung, steigerte seinen Alkoholkonsum enorm, begann zum ersten Mal zu denken, man könne seine Gedanken hören, zog sich mehr und mehr zurück und

unternahm seinen ersten Suizidversuch. Dieser brachte ihn in seine erste psychiatrische Behandlung.

Nach seiner Entlassung aus der Psychiatrie wurde ihm eine Betreuerin zur Seite gestellt, die ihn aktivieren und auf die regelmäßige Einnahme seiner Medikamente achten sollte. Wenige Wochen später unternahm er den zweiten, am Anfang des Vortrages erwähnten Suizidversuch, landete erneut in der Psychiatrie und wurde danach an mich überwiesen.

## **FOLIE 9**

### **4. Vom Zaudern und Springen: Systemtherapeutische Überlegungen**

Konzipiert man die Schwellenphase als die Phase, in der beraterisch-therapeutische Prozesse entstehen, verdient diese eine besondere Aufmerksamkeit. Metaphorisch kann sie als eine Brücke, die die Struktur I mit der Struktur II verbindet, angesehen werden. Dann stellt die Brücke nicht nur eine Verbindung auf einer Horizontalen, sondern auch auf einer Vertikalen dar.

Sie verweist damit auf existenzielle Fragestellungen, die mit einem Übergang verbunden und in ihn eingewebt sind. Der Übergang „verbindet also nicht nur“ wie Heidegger in seiner Brücken-Metapher schreibt, „zwei Uferpunkte miteinander“. (...) Die Passage mutet vielmehr einen Blick in den Abgrund zu, konfrontiert uns mit dem „Gefühl für das Riskierte des Daseins. Es zeigt sich das Nichts über das wir balancieren.“ Gleichzeitig ragt die Überbrückung „über den Abgrund hinaus ins Offene des Himmels“ (ebda.). „Die Brücke verbindet im Übergang der Sterblichen die Erde mit dem Himmel.“

Es sind genau diese existenziellen Herausforderungen, die den jeweiligen Übergang zusätzlich kennzeichnen und die ein Zaudern, ein Spielen mit den Möglichkeiten, ein „Noch-nicht“ so nachvollziehbar erscheinen lassen.

Im Übergang liegt für diejenigen, die diese Passage zu meistern haben, also zweierlei: die Not **und** die Möglichkeit, das Risiko **und** die Chance zu einem neuen Entwurf. Beides drückt sich im Zaudern, im Noch-nicht, in der Unterbrechung des Erwartbaren, im Innehalten aus, das als äußeres und inneres Zeichen für eine Auseinandersetzung mit den Begrenzungen und Möglichkeiten des vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Lebens gewertet werden kann.

Der Übergang konfrontiert den Passierenden mit der Freiheit **und** der Möglichkeit zum eigenen Entwurf und lässt ihn, wie Kierkegaard schreibt, die Angst als das Gewahrwerden der „Möglichkeit für die Möglichkeit“ spüren. Ein Zustand, der nur durch einen Sprung, durch Zurücklassen, Loslassen und die Entscheidung zum Risiko, nicht etwa durch vorsichtiges, an Sicherheit orientiertem Voranschreiten, überwunden werden kann. „Der qualitative Sprung“ schreibt Kierkegaard, „steht außerhalb aller Zweideutigkeit...“

## **FOLIE 10**

Welche beraterisch-therapeutische Haltung bietet sich angesichts dieser Herausforderung an? Eine detailliertere Darstellung beraterisch-therapeutischer Vorgehensweisen würde den Rahmen des Vortrages sprengen. Ich hoffe, davon im nachfolgenden Workshop noch etwas mehr präsentieren zu können. Hier nur vier Gedanken dazu.

Zunächst ist im Umgang mit suizidalen Menschen eine therapeutische Haltung nützlich, die zwei Ebenen gleichzeitig beinhaltet: Eine affektive Rahmung anzubieten, die eine gewisse Sicherheit bietet und den Mut zu haben, die notwendig vorhandenen Ambivalenzen der Klienten an- und auszusprechen.

Beide Haltungen kombinieren etwas miteinander, was meist in der Biografie der Klienten nicht verknüpft wurde: Sicherheit und auf dieser sicheren Basis ein Infragestellen, ein Stören und Verstören bisheriger Denk- Fühl- und Handlungsstrukturen. Genau darum geht es in der Beratung und Therapie.

Neurophysiologisch wird durch ein solches Vorgehen eine neuroendokrine Stressreaktion gefördert. Diese dient als Trigger für anpassende Veränderungen bereits vorhandener, das Denken, Fühlen und Handeln bestimmender neuronaler Strukturen.

Als Zweites muss festgehalten werden, dass Menschen, so lange sie uns gegenüber sitzen, leben. Sie haben sich also noch nicht suizidiert. Es muss folglich Gründe geben, die noch für das Weiterleben sprechen. Danach neugierig, wohlwollend und respektvoll zu fragen, ohne die suizidale Absicht zu negieren, kreiert mindestens zwei Seiten der Klienten: Eine Seite, die die Absicht eines Suizids und eine Seite, die ein Noch-Leben bzw. ein Weiterleben erwägt. Ein solcher Dialog begünstigt die Etablierung einer Außenperspektive. Klienten beginnen, sich bei der eigenen Selbst- und Weltbetrachtung zu beobachten.

Oder einfach ausgedrückt: Die Kombination von Sicherheit und Infragestellen begünstigt Suchprozesse.

Suchprozesse begünstigen Außenperspektiven. Außenperspektiven begünstigen, sich selbst zu beobachten. Und Selbstbeobachtung eröffnet das Entdecken von Möglichkeitsräumen.

Drittens sollte man davon ausgehen, dass Klienten ihre Lösungen nicht in der Vergangenheit, im Zurückgehen finden können. Lösungen liegen immer in zukünftig neuen oder in zukünftig unterlassenen Handlungen. Die bereits erwähnte Idee des Ab-Sprungs ist daher von zentraler Bedeutung. Das ist natürlich leichter gesagt als getan. Denn der Ab-Sprung ist immer mit der Angst vor dem unbekannten Ergebnis des Sprungs verbunden. Im Sprung kommt der Mensch zwar zu sich, der Preis besteht aber im Eingehen eines unkalkulierbaren Risikos.

Von den Klienten erfordert eine solche Veränderung daher in erster Linie Mut – Mut zu einem Risiko, das bei bester Reflexion nie vollkommen abgepuffert werden kann. Helfer benötigen in diesem Prozess Respekt gegenüber den bisherigen Bewältigungsversuchen der Klienten und Geduld für deren Prozess des Erforschens möglicher Alternativen sowie für die gegenwärtigen Ambivalenzen und dem dazu gehörenden Zaudern.

Viertens kann und sollte die Vergangenheit wiederum nicht völlig ausgeblendet werden. Denn: Wenn jemand den Ab-Sprung sucht und springt, verlässt er etwas. Er lässt etwas zurück und muss sich trennen. Daher liegt vor dem Sprung die Verabschiedung dessen, was zurück gelassen wird. Ich erwähne nur wenige mögliche Themenbereiche, die beim Zurücklassen relevant werden können:

## **FOLIE 11**

- Das Begraben der Hoffnung auf Erhalt der alten Struktur
- Die Erinnerung an Kostbares, Positives und Stärkendes
- Die Begegnung mit traumatisierenden Erfahrungen
- Das Aufgeben nicht mehr erfüllbarer Ansprüche
- Die Anerkennung des Geschehenen
- Gegebenenfalls das Verzeihen und Vergeben

Letztlich dient all dies dem Ziel der Transformation einer Identität. In diesen Therapiephasen gehören Affekte wie Schuld, Trauer, Wut dazu und sind geradezu Hinweisgeber für gelingende therapeutische Prozesse.

## **FOLIE 12**

### 5. Schluss

Es ist der kürzeste Punkt. Er schließt den Kreis dieses Vortrages und stellt die eingangs aufgeworfene Frage: Was können wir wissen? erneut. In diesem Zusammenhang stieß ich kürzlich auf eine Art Gedicht des Vorsokratikers Xenophanes. Es wurde von Karl Popper übersetzt. Mit diesem schließe ich den Vortrag. Es geht so:

## **FOLIE 13**

„Nicht von Beginn an enthüllten  
die Götter den Sterblichen alles,

aber im Laufe der Zeit  
finden wir suchend das Bessere.  
Sichere Wahrheit erkannte kein Mensch  
und wird keiner erkennen,  
über die Götter und alle  
die Dinge, von denen ich spreche.  
Sollte einer auch einst  
die vollkommenste Wahrheit verkünden,  
wüsste er selbst es doch nicht.  
Es ist alles durchwebt von Vermutung.“

#### Literatur:

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Ausländer, R. (1992)             | Gelassen atmet der Tag. Frankfurt a. Main (Fischer).                                  |
| Egidi, K. u. M. Boxbücher (1996) | Systemische Krisenintervention. Tübingen (dgv)  |
| Eliade, M. (1975)                | Schamanismus und archaische Ekstasetechnik. Frankfurt a. Main (Suhrkamp).             |
| ders. (1990)                     | Das Heilige und das Profane. Frankfurt a. Main (Suhrkamp).                            |
| ders. (1994)                     | Kosmos und Geschichte. Frankfurt a. Main (Insel).                                     |
| Fiedler, G. (2009)               | Krankheit oder freier Wille?<br>Frankfurter Rundschau – online.                       |
| Gennep, A. van (1986)            | Übergangsriten. Frankfurt/New York (Campus).  |
| Henseler, H. (1974)              | Narzißtische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek bei Hamburg. (Rororo). |
| Jörns, K.-P. (1976)              | Suizidalität und Sinn des Lebens. In: E. Ringel (Hrsg.): Sucht und Suizid.            |

- Freiburg. (Lambertus), 77-91.
- ders. (1979) Nicht leben und nicht sterben können. Göttingen. (Vandenhoeck & Rupprecht).
- Kierkegaard, S. (2005) Der Begriff der Angst. München (DTV).
- Klein, R. (2002) Berauschte Sehnsucht – zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens. Heidelberg. (Carl Auer Systeme)
- ders. (2005): Vom finden des Suchens – die Problem-Lösungs-Balance in der Arbeit mit süchtig trinkenden Menschen. In: H. Schindler und A. von Schlippe (Hrsg.): Anwendungsfelder systemischer Praxis – Ein Handbuch. Freiburg. (Verlag modernes Lernen), 71-91.
- ders. (2007): Von (ohn)mächtigen Helfern und berauschten Sehnsüchten – Gedanken zum systemischen Verständnis süchtigen Trinkens. In: M.-L. Conen und G. Cecchin: Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Heidelberg. (Carl-Auer), 252-273.
- ders. (2009): Überlegungen zur systemischen Therapie süchtigen Trinkens: Zwei Musterbeschreibungen. *Systema* 23 (2): 135-150.
- Lauterbach, M. (1988) Suiziddeterminierte Systeme. In: Keller, T. (Hg.): Sozialpsychiatrie und systemisches Denken. Bonn ( ), 123-130.
- Lütkehaus, L. (2009) Von der schweren Geburt der Geburtsphilosophie. *Familiendynamik* 2 (34): 124-135.
- Omer, H. u. A. Elizur (2003) Wie spricht man mit dem „Menschen auf dem Dach“? *Psychotherapie im Dialog* 4 (4), 354-359.
- Retzer, A. (2002) Passagen. Stuttgart (Klett-Cotta).
- ders. (2004) Systemische Paartherapie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- ders. (2009) Lob der Vernunfttehe. Frankfurt a. Main (S. Fischer).

- Ringel, E. (1976) Selbstmord – Appel an die anderen. München. (Kaiser/Grünwald)
- Roth, P. (2002) Der menschliche Makel. München (Hanser).
- Safranski, R. (1994) Ein Meister aus Deutschland. Heidegger und seine Zeit. Edition SWR 2, 2 CDs. Heidelberg (Carl Auer Systeme).
- Satir, V. (1990) Kommunikation – Selbstwert – Kongruenz. Paderborn (Junfermann).
- Schlippe u. Schweitzer (2006) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schmidtobreick, B. (1976) Suizid und Suizidversuche bei Suchtkranken. In: E. Ringel (Hrsg.): Sucht und Suizid. Freiburg. (Lambertus), 37-53.
- Sloterdijk, P. (1995) Weltfremdheit. Frankfurt a. Main (Suhrkamp).
- Stierlin, H. (1997) Haltsuche in Haltlosigkeit. Frankfurt a. Main (Suhrkamp).
- Turner, V. (1989) Das Ritual. Frankfurt/New York (Campus).
- Vogl, J. (2007) Über das Zaudern. Zürich/Berlin (Diaphanes).
- Welsch, W. (1992) Topoi der Postmoderne. In: H.R. Fischer, A. Retzer u. J. Schweitzer Hrsg.: Das Ende der großen Entwürfe. Frankfurt a. Main (Suhrkamp), S. 35-55.