

# Suizid machtkritisch verstehen. Intersektionale Perspektiven in/ex Therapie und Beratung

*Shrank Dernbach*

In meinem Beitrag möchte ich dazu einladen, die sogenannte „Suizidalität“ als soziale Kategorisierung intersektional mitzudenken. Hierzu führe ich in aktuelle dekoloniale und suizidismuskritische Analysen ein, welche die Unterdrückung suizidaler Menschen in bestehenden Machtverhältnissen verorten. Ich befrage therapeutische und beraterische Praxis kritisch mit Blick auf ihre Verstrickung in diese Machtverhältnisse. Abschließend plädiere ich für eine Befreiung suizidaler Erfahrungen aus therapeutischen Kontexten und für ein Empowerment zu einer gemeinschaftlichen Unterstützungspraxis.<sup>1</sup>

In westlichen Gesellschaften basiert der Umgang mit sogenannter „Suizidalität“ auf einem medizinischen Ansatz der Intervention und Prävention. Strukturelle Gründe für Suizide werden hierin zumeist entthematisiert (Chamberlin, 1988; X & polanco, 2022). Darüber hinaus wurde in diskriminierungskritischen Ansätzen die spezifische Diskriminierung und Gewalt, die suizidale Menschen erfahren, bislang noch nicht berücksichtigt (Baril, 2020). Ein intersektionaler Ansatz ist vor diesem Hintergrund aus mehreren Gründen bedeutsam. Erstens ermöglicht Intersektionalität, die Komplexität und Vielfalt suizidaler Erfahrungen zu verstehen und das Zusammenwirken von Machtsystemen in diesen Erfahrungen zu begreifen. Zweitens ermöglicht ein intersektionaler Ansatz suizidalen Menschen, die eigenen Erfahrungen als nicht bloß persönliches Problem zu sehen.

- 
- 1 Existierende betroffenenkontrollierte Kontaktmöglichkeiten: Alternatives to Suicide Gruppen (mehrmals wöchentlich online, Englisch): <https://wildfloweralliance.org/alternatives-to-suicide/>, Beratung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e. V. zu Krisenbewältigung, Rechten Psychiatrie-Erfahrener, Psychopharmaka u. a., Mo–Fr: +49 234 6870 5552, zum Schwerpunkt Suizidgedanken So 15–18h: +49 234 7089 0510. Nicht betroffenenkontrollierte Kontaktmöglichkeiten, die rund um die Uhr erreichbar sind: Deutschland: Telefonseelsorge 0800 111 0 111 (evang.), 0800 111 0 222 (kath.), Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen 116 106, Terminservicestelle/ärztl. Bereitschaftsdienst 116 117; Österreich: Telefonseelsorge 142, Frauenhelpline 0800 222 555, Männernotruf 0800 246 247; Schweiz: Telefonseelsorge „Dargebotene Hand“ 143, Kinder und Jugendliche: Pro Juventute 147.

Dies kann Verbindung stiften und zum Handeln ermächtigen. Drittens hat ein intersektionaler Ansatz das Potenzial, Einsicht in Zusammenhänge zwischen Macht und Leiderfahrungen zu entwickeln. Diese Einsicht ist eine wichtige Bedingung für die Linderung von Leid. Die machtkritische Perspektive, die ich in meinem Text erarbeite, ist relevant für Therapeut:innen und Berater:innen, weil diese den Auftrag haben, Leid zu lindern, während sie zugleich selbst in Leid verursachende Strukturen verstrickt sind. Die machtkritische Perspektive ist außerdem hoffentlich relevant für *Communities*, die nach Alternativen zu etablierten Hilfsangeboten suchen oder diese bereits praktizieren. Meine wichtigsten Leser:innen sind jedoch suizidale Menschen: Wenn Texte wie dieser dazu beitragen, zu wissen, dass wir nicht allein sind, dann ist das bereits das Wichtigste, was passieren kann.

### *Mein Verständnis von Intersektionalität*

Intersektionalität wurde als Metapher, Heuristik und Paradigma von Schwarzen Feministinnen entwickelt, um ihre politische Marginalisierung zu verstehen (Collins, 2019; Combahee River Collective, 2014 [1977]). Diese intellektuelle Arbeit war und ist so genial, dass sie von einem weiten Publikum aufgegriffen wird (Cho et al., 2013). In *weißen* akademisierten Räumen wurde und wird sie reinterpreted und vereinnahmt (Gutiérrez Rodríguez, 2011). Nach hornscheidt (2014) ist hierfür vor allem der Standpunkt *weißer* Gender Studies taktgebend: Intersektionalität wurde vom *weißen* ableisierten Standpunkt aus als eine Ergänzung von Differenzkategorien interpretiert und dadurch entkomplexisiert. Auch die akademische Psychologie ist prädestiniert dafür, Intersektionalität zu verzerren. Denn ihre variablenbasierte Forschung hat das Ziel, Komplexität zu reduzieren und „objektiv“, also vermeintlich unabhängig von der forschenden Person, Wissen zu produzieren. Daher verfolge ich keinen psychologischen Ansatz von Intersektionalität. Ich folge in meinem Verständnis von Intersektionalität den Leitprämissen, die die Schwarze Feministin und Soziologin Patricia Hill Collins herausarbeitete. Nach Collins (2019, S. 44) streben intersektionale Analysen ein Verständnis an, (1) wie Machtsysteme einander konstituieren, (2) wie diese Interdependenzen von Machtsystemen interdependente soziale Ungleichheiten produzieren, (3) wie die eigene soziale Verortung die Erfahrungen und Perspektiven von Individuen und Gruppen prägt und

(4) wie soziale Probleme in lokalen, regionalen, nationalen oder globalen Kontexten durch eine intersektionale Analyse adressiert werden können.

### *Vorbemerkungen zur Sprache*

Ich verwende einige Begriffe mit und einige ohne Anführungszeichen. Ich schreibe etwa von „Suizidalität“ in Anführungszeichen, um mich von der klinischen Lesart dieses und anderer Wörter abzugrenzen. Ich schreibe von suizidalen Menschen *ohne* Anführungszeichen im Sinne eines *reclaiming* – als Selbstbezeichnung, die sich nicht mehr auf therapeutische Denkart, sondern auf individuelles und kollektives Erfahrungswissen und Selbstbestimmung bezieht. Ich folge in meinem Beitrag nicht der Logik der Suizidprävention und gehe nicht der Frage nach, wie suizidalen Menschen „geholfen“ werden kann. Stattdessen adressiere ich die problematischen Verhältnisse, mit denen sich suizidale Menschen konfrontiert sehen.

### *Die Diskriminierung suizidaler Menschen intersektional verstehen*

Ich bin 18 Jahre alt und renne verzweifelt über die Flure der Geschlossenen einer psychiatrischen Anstalt. Mir wurde vor einigen Minuten ein Fax der Ordnungsbehörde in die Hand gedrückt, in dem auf einem Vordruck angekreuzt ist:

X geisteskrank

X eine Gefahr für sich selbst

X eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung

Nach Hessischem Freiheitsentziehungsgesetz wird darin meine „sofortige Ingewahrsamnahme“ angeordnet. Ich versuche, jemanden vom Personal zu sprechen, um herauszufinden, was mit mir geschieht und was ich für meine rechtliche Verteidigung tun kann. Als Entgegnung ernte ich Augenrollen oder abschätziges Grinsen. Diese Erfahrung, nicht mehr als Mensch wahrgenommen zu werden, ist für mich völlig neu und verstörend. In den folgenden Stunden und Tagen habe ich zunehmend das Gefühl, wahnsinnig zu werden und aufzuhören, zu existieren.

Mit dieser biografischen Rückblende möchte ich die Verbindung zwischen der Kriminalisierung und der Pathologisierung von „Suizidalität“ aufzeigen. Ich möchte spiegeln, wie hierdurch Erfahrungen von Wahnsinn erzeugt werden, die wiederum Anlass zu noch drastischerer Intervention geben

können. Insbesondere möchte ich die Bedeutsamkeit meines *weißen* Standpunkts sichtbar machen, von dem aus die Erfahrung psychiatrischer Gewalt einen Bruch darstellt, den ich nicht als universell annehmen kann.

Hätte ich mein Hadern mit dem Sinn des Lebens an einem anderen Ort oder in einer anderen Zeit durchlebt, hätte ich von meiner Umgebung eine völlig andere Antwort darauf erhalten. Unbestimmt viele Konzeptionen von Selbsttötung wurden im Zuge der Kolonialisierung ausgelöscht, wie Trisha X und marcela polanco (2022) aufzeigen. Epistemizide, also die Auslöschungen von Wissen, waren die Bedingung für die Vorherrschaft einer westlich-männlichen Konzeption von Wissen (rational-wissenschaftlich, technologisch-methodisch, vermeintlich objektiv) als Bestandteil des kolonialen Machtsystems (Ndlovu-Gatsheni, 2018). Daher schreiben X und polanco (2022) konsequent von *Euro-Suizid*, um widerzuspiegeln, dass Europa die „suizidale Person“ und „Wissen über Suizid“ (ebd., S.127) *erfand*. Ebenso wie *Race* und *Gender* verstehen sie Euro-Suizid nicht als Zustand (ebd., S.126 f.), sondern eingebettet in ein Machtsystem, das rassifizierte, vergeschlechtlichte und suizidale Körper hervorbringt, deren Sein und Ableben es verwertbar macht. Die Konstruktion des Euro-Suizids als Symptom einer Pathologie im Individuum ermögliche es, die menschenfeindlichen Bedingungen der europäisierten Welt zu verschleiern (ebd.; vgl. Lauff, 2020). Der Euro-Suizid in seiner spezifischen Konzeption sei zugleich hoch profitabel für Institutionen wie Universitäten, für die Psy-Professionen<sup>2</sup> und die Publikationsindustrie. Forscher:innen, Therapeut:innen, die euro-suizidale Person und Fakten können als Güter für den „Weltmarkt des Wissens“ (X & polanco, 2022, S.128) verstanden werden. Vorstellungen von *Race*, *Gender* und dem Euro-Suizidalen können also nicht getrennt vom kapitalistischen System gedacht werden und sind nie neutrale Beschreibungen der Realität. Diese Sichtbarmachung des Standpunkts, von dem *Wissen über Suizid* in die Welt gebracht wurde, ermöglicht es, die Abhängigkeit dieser Wissensbestände von konkreten epistemischen, identitären und ökonomischen Interessen nachzuzeichnen.

Weitere Ansatzpunkte für ein neues Verständnis von Suizid finden sich in Alexandre Barils (2018, 2020) Theoretisierung von *Suizidismus*. Mit diesem Begriff benennt er die spezifische Unterdrückung, die suizidale Menschen erfahren. Eine Übersicht über die Ebenen von Suizidismus gebe

---

2 Zu den Psy-Professionen zählen neben dem Kern aus Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie alle Professionen, die sich auf Psy-Wissen beziehen und von ihm profitieren, wie Soziale Arbeit, Pädagogik, Ergotherapie, psychiatrische Pflege.

ich in Tabelle 1. Baril betont, dass unsere gegenwärtigen Verständnisse von Suizid aus nichtsuizidalen Perspektiven stammen. Aus nichtsuizidalen Perspektiven gilt Suizid(alität), anders als Nichtsuizid(alität), als erklärungsbedürftig, d. h., „nichtsuizidale Menschen wundern sich ständig, *warum* suizidale Menschen suizidal sind und was (in ihnen oder in der Gesellschaft) geändert werden kann, sodass sie wieder der nichtsuizidalen Norm entsprechen“ (Baril, 2020, meine Übersetzung). Baril sieht dem Suizidismus eine „Anordnung zu leben und zu Zukunft“ (ebd., meine Übersetzung) zugrunde liegen. Anhand dieses Imperativs analysiert er die Verschränkung von Suizidismus mit Ableismus. Sterbehilfe wird beispielsweise in vielen Ländern Menschen gewährt, die nach kapitalistischen, ableistischen und ageistischen Normen als „nicht wiederherstellbar“ gelten. Die normative Legitimierung des Suizidwunschs gehe also mit einer Abwertung gewisser Leben einher. Suizidwünsche nicht körperlich kranker und nichtbehinderter Menschen gälten im Gegensatz dazu als irrational und falsch. Auf der Basis dieser Delegitimierung von Sterbeabsichten würden Diskriminierung und Gewalt gegen suizidale Menschen gerechtfertigt (ebd.). Menschen, die Sterbewünsche als Reaktion auf lebensfeindliche Gewaltstrukturen entwickeln, erhalten oft durch Polizei und Psychiatrie die dazu widersprüchliche Botschaft, dass ihr Leben nun wiederum durch Gewalt erhalten werden soll. Widersprüchlichkeit stellt nach Mai-Anh Boger (2020) ein inhärentes un\_logisches Merkmal von Diskriminierung dar.

*Tabelle 1 Ebenen von Suizidismus nach Baril (2020) mit eigenen Beispielen*

Ebene (Baril, 2020)	Allgemeine Beispiele	Therapie- und Beratungskontext
Epistemisch	Das Wissen suizidaler Menschen gilt als nicht relevant, um Suizid zu verstehen (Webb, 2010).	Suizidale Menschen werden (z. B. in Form von Fallbeispielen) zu Wissensobjekten gemacht.
Normativ	Die Überzeugung, dass Suizid abnormal und falsch ist (Baril, 2020).	Die Überzeugung, dass gegen Nichtseinwollen etwas getan werden muss.
Diskursiv	Menschen, die <i>aktuell</i> suizidal sind, kommen als Sprecher:innen nicht vor (Baril, 2020).	Je ernster der Sterbewunsch ist, desto weniger ist ein Gespräch darüber möglich.
Sozial	Das Outing als suizidal kann soziale Beziehungen kosten.	In stationären Kontexten werden Gespräche unter Nutzer:innen über suizidale Erfahrungen unterbunden.

Ebene (Baril, 2020)	Allgemeine Beispiele	Therapie- und Beratungskontext
Rechtlich	In einigen Ländern ist Suizid kriminalisiert. In anderen Ländern kann suizidales Verhalten gewaltsame Grundrechtseingriffe zur Folge haben.	Professionelle berufen sich auf das Gesetz, wenn sie den Willen suizidaler Menschen übergehen. Angst vor Konsequenzen bei Beachtung des Willens suizidaler Menschen.
Politisch	Nicht-suizidale Menschen machen Gesetze (z. B. Sterbehilfe, Psychisch-Kranken-Gesetz, Betreuungsrecht).	Psy-Professionelle definieren im Rahmen ihrer (berufs-)politischen Arbeit, was für suizidale Menschen gut sei.
Ökonomisch	Suizidversuche können – auch ohne Rechtsgrundlage – Job- und Wohnungskündigungen zur Folge haben (Stefan, 2016).	Konsequenzen von Zwangsunterbringungen für Job und Wohnung werden nicht berücksichtigt.
Medizinisch	Psychopathologisierung und medizinische Gewalt. Fehlender Zugang zu medizinischer Sterbehilfe für viele suizidale Menschen.	Psy-Professionelle beteiligen sich an Zwangsmaßnahmen.

Der spezielle Fall von Therapie und Beratung

Intersektionale Analysen ermöglichen es, Machtverhältnisse nicht eindimensional zu verstehen, sondern nachzuvollziehen, wie sie in ihrem Zusammenwirken vielschichtige standortabhängige Erfahrungen erzeugen. Die Analyse von Suizidismus per se fokussiert zunächst das Machtgefälle zwischen nichtsuizidalen und suizidalen Menschen (Baril, 2020). Eine Besonderheit im therapeutischen Kontext ist: Nicht nur werden Psy-Professionelle als nichtsuizidal und *psychisch gesund* gelesen, auch sind sie als Expert:innen positioniert. Ihrem durch Ausbildung erworbenen Wissen wird das Erfahrungswissen suizidaler Menschen hierarchisch untergeordnet und letzteres wird durch ersteres interpretiert (Rose & Kalathil, 2019; Webb, 2010). In den Wunsch, zu helfen und zu heilen, der insbesondere *weiße*<sup>3</sup> Psy-Professionelle motiviert, kann ein Retter:innenkomplex eingewoben sein. Retter:innenkomplexe basieren auf einem verinnerlichten, oft unbewussten Gefühl der Überlegenheit, objektifizieren das Gegenüber, sta-

3 Ich mag falsch liegen, doch ich denke, dass Erfahrungen von Unterdrückung und Widerstand eine eher solidaritäts- und gemeinschaftsorientierte Motivation mit sich bringen können. Dies sind Erfahrungen, die vielen *weißen* Menschen in Psy-Berufen fehlen, weshalb ich hier *Weißsein* als Teil der Problematik benenne.

bilisieren Machtgefälle und verschaffen Privilegien, statt sich am Auftrag des Gegenübers zu orientieren (Siuty et al., 2024). Trisha X und marcela polanco (2022, S. 125) problematisieren die gespaltene Rolle von Psy-Professionellen aus marginalisierten *Communities*: Einerseits teilen sie das Bewusstsein, dass Psy-Wissen Teil des globalen Systems ist, welches die eigene Community unterdrückt; andererseits seien sie selbst Nutznießerinnen des Euro-Suizid in Form von finanziellem Gewinn und sozialer Aufwertung. Darüber hinaus seien sie als Therapeutinnen und Dozentinnen mit latein-amerikanischen Wurzeln zutiefst in die professionelle Reproduktion jenes Systems involviert und beklagen, wie kulturelle Anpassungen und Übersetzungen – insbesondere ins Spanische, aber nicht ins Spanglish – sie in eine dienende Rolle gegenüber der Wissenschaft drängten. Diese Anpassungen machen aus ihrer Sicht eine Vernichtung von Sprache und Wissen unsichtbar. Gleichzeitig würden dadurch alternative Wissensquellen – etwa die Weisheiten der Grenzregionen („*borderland wisdom*“) oder Erzählungen aus dem Alltagsleben („*kitchen-stories*“), die „durch Tränen, Herzen, Hände oder Knochen erzählt werden könnten“ (ebd., S. 125) – ignoriert oder abgewertet.

Ich finde es an dieser Stelle interessant, die Perspektive zu wechseln und auch zu fragen, wie sich der Euro-Suizid mit seinem Präventionsparadigma auf Therapeut:innen und Berater:innen (auch jene, die der Mehrheitsgesellschaft angehören) auswirkt. Bedeuten die beschriebenen Machtverhältnisse, dass sie ausschließlich profitieren? Marsh (2016) beschäftigte sich diskursanalytisch mit der Frage, wie die Rolle von Psy-Professionellen in Bezug auf suizidale Menschen konstituiert wird. Er beschreibt diese Rolle als die des „zuständigen, verantwortlichen und rechenschaftspflichtigen Kliniklers“ (Marsh, 2016, S. 58, meine Übersetzung). Wird der suizidale Mensch als unvernünftig, vielleicht irrational angesehen, müssen folglich andere für ihn verantwortlich sein. Die zugeschriebene moralische und rechtliche Verantwortung geht für die meisten Psy-Professionellen mit enormem Stress einher (Marsh, 2010). Zu diesem Anspruch kommt der Umstand, dass Suizid in keiner Weise vorhersehbar ist, aber als vorhersehbar behandelt wird (Soper et al., 2022). Dies hat zur Folge, dass Psy-Professionelle versuchen, Kontrolle über etwas zu ergreifen, das nicht zu kontrollieren ist – ein Teufelskreis, der sowohl für suizidale Menschen als auch für Psy-Professionelle sehr unangenehm ist. Die Vorstellung von Kontrollierbarkeit, die typisch für europäische technologisch-wissenschaftliche Herangehensweisen ist, hat nicht immer rationales Handeln zur Folge. Dies

zeigt sich etwa in der dreistufigen Eskalationslogik der akuten Suizidprävention: Diese besteht aus einem Risiko-Assessment, dem Versuch einer Non-Suizid-Vereinbarung und im letzten Schritt aus der Einweisung in eine Psychiatrie (vgl. Noyon & Heidenreich, 2013). Diese Maßnahmen finden sich in Behandlungsleitlinien<sup>4</sup> und den Notfallplänen von Beratungsstellen, Ambulanzen und Kliniken wieder und werden in der Praxis kaum hinterfragt. Dabei ist die Ungenauigkeit von Risikokategorisierungen meta-analytisch mehrfach bestätigt (Gale et al., 2019; Large et al., 2016, 2018; Runeson et al., 2017). Ebenso ist schon lange bekannt, dass die Suizidrate während und nach stationären Aufenthalten um Faktoren im hundert- bis tausendfachen Bereich erhöht ist (Madsen et al., 2011; Qin & Nordentoft, 2011; Walsh et al., 2015), auch unter jenen, die nicht wegen „Suizidalität“ aufgenommen wurden (Chung et al., 2017). Die beabsichtigte suizidpräventive Wirkung von Non-Suizid-Verträgen ist nicht belegt (Gerstl, 2019; McMyler & Prymachuk, 2008). Die nichtsdestotrotz unhinterfragte Nutzung dieser Maßnahmen legt nahe, dass Umgänge mit „Suizidalität“ stark auf therapeutischen Dogmen (z. B. therapeutischer Paternalismus, Biomedikalismus), Gefühlen (z. B. Hilflosigkeit, Angst, Frustration, Ekel, Unsicherheit, Überlegenheit) und Bedürfnissen (z. B. nach Vorhersehbarkeit, Kontrolle, Sicherheit, Entlastung, Abgrenzung, sozialer Distanz) basieren. Die Lösung von Psy-Professionellen von ihrer vermeintlichen Zuständigkeit für „Suizidalität“ ist ein Schritt, von dem alle profitieren könnten.

### *Antidiskriminierende Handlungsmöglichkeiten*

In einem Beratungsaustausch unserer Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB)<sup>5</sup> mit Aktiven der ebenfalls betroffenenkontrollierten Anlaufstelle Rheinland<sup>6</sup> zum Umgang mit Suizidabsichten reflektieren wir das Thema Handlungsdruck. Ich stellte fest, dass ich diesen selten verspüre.

---

4 Zum Beispiel in der S3-Leitlinie Depression (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung*, Version 3.0. 2022 [zitiert: 2024–05–27]. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000493>; <http://www.leitlinien.de/depression>).

5 EUTB<sup>5</sup> wurde mit dem Bundesteilhabegesetz flächendeckend eingeführt.

6 Die Anlaufstelle Rheinland ist eine in Köln betriebene Selbsthilfe-Anlaufstelle des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V. In ihr befindet sich unter anderem ein Krisenzimmer, in dem Menschen auf Zeit wohnen können, die ihre Krise jenseits der Psychiatrie durchleben möchten.



In den EUTB's orientieren wir uns am Beratungsleitfaden der Fachstelle Teilhabeberatung, der die Stärkung der Selbstbestimmung, die Unabhängigkeit der Beratung, Zugänglichkeit und die Peer-Beratung ins Zentrum stellt. Dies bedeutet für mich, dass der Beratungsauftrag von den Ratsuchenden (ob suizidal oder nicht) kommt und ich nicht die Kontrolle über das Gespräch übernehme, um ein vermutetes Risiko abzuklären. Eine Person, die zeitnah ihren Suizid durchführen möchte, darf die Beratung genauso wie nichtsuizidale Ratsuchende für die Anliegen nutzen, die ihr wichtig sind. Die Grundsätze ermöglichen es mir, mich auf die Anliegen der Ratsuchenden einzulassen und meine Sorgen einzubringen, ohne diese Sorgen das Gespräch bestimmen zu lassen. Mit diesem Beispiel möchte ich aufzeigen, dass auch in Peer-Kontexten professionelle Diskurse Handlungsdruck erzeugen können. Außerdem will ich die Bedeutung eines Werterahmens für beraterisches Handeln hervorheben.

Eine nicht-therapeutische Interpretation von Verantwortung entwickelte die *Western Massachusetts Recovery Learning Community* (heute *Wildflower Alliance*) in ihrem *Alternatives-to-Suicide*-(Alt2Su-)Ansatz: Verantwortung wird hier nicht als Verantwortung für einen Menschen verstanden, sondern als Verantwortung gegenüber einem Menschen. Diese Verantwortung umfasst, Raum für Sterbewünsche und alle damit verbundenen Themen und Erfahrungen zu schaffen und miteinander durch dunkle Zeiten zu gehen. Da diese Verantwortung gemeinschaftlich getragen wird, lastet sie nicht allein auf den Moderierenden, die ebenso Leid teilen dürfen und die Ressourcen der Gruppe nutzen können (Davidow & Mazel-Carlton, 2020).

Unter institutionellen Bedingungen ist die diskriminierungskritische Praxis grundlegend begrenzt. Dennoch denke ich, dass die Einsichten der Selbsthilfe auch professionelle Angebote konstruktiv verändern können. Weitere Beispiele für antidiskriminierende Handlungsmöglichkeiten in Therapie und Beratung auf Barils (2020) Ebenen von Suizidismus habe ich in Tabelle 2 gesammelt.

*Tabelle 2 Antidiskriminierende Handlungsmöglichkeiten in Therapie und Beratung*

Ebene nach Baril (2020)	Beispiele
Epistemisch	Perspektiven suizidaler Menschen Priorität geben. Austausch dialogisch gestalten, Beschränkungen des eigenen Standpunkts sichtbar machen.

Ebene nach Baril (2020)	Beispiele
Normativ	Nichtseinwollen als Teil der menschlichen Erfahrung begreifen (Davidow & Mazel-Carlton, 2020).
Diskursiv	Eigene Erfahrungen von Nichtseinwollen offenbaren.
Sozial	Suizidalen Äußerungen wertschätzend begegnen. Physische Räume zur Vernetzung suizidaler Menschen zur Verfügung stellen.
Rechtlich	Vertraulichkeit wahren, Rechenschaft gegenüber suizidaler Person.
Politisch	Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen anerkennen. Einbeziehung suizidaler Menschen in Gesetzgebungsverfahren fordern.
Ökonomisch	Über ökonomische Risiken von Suizidversuchen informieren, an Rechtsberatung vermitteln.
Medizinisch	Keine Interventionen gegen den erklärten Willen.

*Intersektionalität und Dekolonialität als Paradigmen für gemeinschaftliche Unterstützung*

Trisha X und marcela polanco nennen die eurozentrische Rationalität einen *lugar sin lugar*, also einen „Ort ohne Ort“ (S.130), und schlussfolgern: „Ein dekoloniales Projekt würde daher fordern, das Gesicht der Macher von Geo-Träumen, die Wissenschaften und das Euro-Suizid-Konzept als nicht-universelle Idee zu enttarnen“ (ebd., S. 130, meine Übersetzung). Die Einsicht, dass Therapeutisierung nur eine von vielen Möglichkeiten ist (und keine überlegene), kann nicht nur bei Therapeut:innen Unbehagen auslösen. Denn die Absonderung suizidaler Menschen in medizinisch-therapeutische Räume trägt dazu bei, Verantwortung abzugeben, und verhindert die Kultivierung von Kompetenzen der Krisenunterstützung innerhalb der Gemeinschaft (Saskia, 2019). Ein dekolonialer Ansatz fordert von uns, Psy-Wissen über Euro-Suizid als lediglich ein Wissen von vielen zu entmächtigen. Vor diesem Hintergrund können wir versuchen, uns unsichtbar gemachtem oder verloren geglaubtem Wissen wieder zuzuwenden (Beresford, 2012), wissend, dass wir dies von einem – unserem – Standpunkt aus tun. In vielen Kulturen liegt die Sorge füreinander im Zusammenhang mit erschütternden, existenziellen oder transzendentalen Erfahrungen in der Gemeinschaft und wird von Weisen, Schaman:innen, Geistlichen oder Mentor:innen begleitet (Fernando & Moodley, 2018). In den Kontexten in Deutschland, in denen ich mich bewege, wurden Konzepte wie *Safer Spaces* und Barrierefreiheit von BPoC, queeren und beHinderten *Communities*

entwickelt und in den vergangenen Jahren zunehmend bekannter. Ausgehend von einem Verständnis von Suizidismus als Diskriminierung können *Safer Spaces* und Barrierefreiheit Räume in der Gemeinschaft öffnen.

Ich schlage vor, zwischen *emanzipatorisch-suizidaler Selbsthilfe* und *suizidal-offenen Räumen* zu unterscheiden (Dernbach, 2024). Emanzipatorisch-suizidale Selbsthilfe muss betroffenenkontrolliert sein und einen Raum ausschließlich für Menschen schaffen, die gerade Suizidwünsche durchleben oder Erfahrung damit haben, wie dies etwa in den Alt2Su oder der Telefonberatung „Mit Suizidgedanken leben“ beim Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener praktiziert wird. Suizidal-offene Räume sind eine Herangehensweise für *Communities*, solidarisch zu sein. Suizidale Menschen können in der barrierearmen Gestaltung von Räumen, Veranstaltungen und Gruppentreffen sowie in Awareness-Konzepten mitgedacht werden. Dazu gehört, sie nicht unsichtbar zu lassen. Sie können beispielsweise in Flyern und Broschüren mit angesprochen werden, z. B.: Dies soll auch ein Raum sein, in dem sich Menschen willkommen fühlen, die gerade eine dunkle Zeit durchleben oder mit dem Leben hadern. Für viele suizidale Menschen ist ein essenzieller Aspekt von Barrierefreiheit die Sicherheit, dass nicht die Polizei oder Rettungsdienste gerufen werden, auch wenn sie ihren Suizid ankündigen. Für viele Menschen, die ich getroffen habe, war außerdem lebensentscheidend zu wissen, dass *da draußen* Menschen sind, die Ähnliches durchleben wie sie und die sich organisiert haben. Auf Vernetzungsmöglichkeiten und Anlaufstellen der organisierten Selbsthilfe kann auch in anderen Räumen hingewiesen sein. Die Unterscheidung zwischen emanzipatorisch-suizidaler Selbsthilfe und suizidal-offenen Räumen zeigt, wie wichtig es ist, Räume und Praktiken zu schaffen, die auf die Lebensrealitäten suizidaler Menschen reagieren, ohne zu pathologisieren. Diese Ansätze verdeutlichen, dass die Verantwortung für Unterstützung und Verständnis nicht bei Professionellen liegen muss, sondern in Gemeinschaften neu angeeignet werden kann. Ich bin gespannt darauf, wie Wissen, Macht und Verantwortung aus eurozentrierten und therapeutisierten Kontexten in pluralistische und gemeinschaftsorientierte Ansätze überführt werden können.

In meinem Beitrag habe ich die problematische Rolle von Therapeut:innen und Berater:innen gegenüber suizidalen Menschen im Zusammenhang von Eurozentrismus und struktureller Diskriminierung verortet. Ich habe mich mit der Frage beschäftigt, wie Wissen und Verantwortung zurück in die Gemeinschaft geholt werden können. Dabei ist das wohl wichtigste Ergebnis, dass Emanzipation keine Gegen-Monokultur zu Therapeutisie-

rung beinhalten kann, sondern verstanden werden muss im Sinne Arturo Escobars (2020): „If worlds are multiple, then the possible must also be multiple“ (S. 9).

### Literatur

- Baril, A. (2018). Les personnes suicidaires peuvent-elles parler? Théoriser l'oppression suicidiste à partir d'un modèle sociosubjectif du handicap. *Criminologie*, 51(2), 189–212. <https://doi.org/10.7202/1054240ar>
- Baril, A. (2020). Suicidism: A new theoretical framework to conceptualize suicide from an anti-oppressive perspective. *Disability Studies Quarterly*, 40(3). <https://doi.org/10.18061/dsq.v40i3.7053>
- Beresford, P. (2012). Die Rolle des Wissens der Betroffenen beim Aufbau von Alternativen zur Psychiatrie. In Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V. (Hrsg.), *Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen* (S. 8–15). Selbstverlag.
- Boger, M.-A. (2020). Das Trilemma der Inklusion – 1. Teil: Logik. Öffentliche Ringvorlesung der Reihe Migration Macht Gesellschaft. „Let’s talk about racism!“ Soziale Arbeit und Pädagogik im Spiegel von Rassismus. Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg. *Youtube*. <https://www.youtube.com/watch?v=fqjBBTOZVc4>.
- Chamberlin, J. (1988) [1978]. *On our own. Patient-controlled alternatives to the mental health system*. Mind Publications.
- Cho, S., Crenshaw, K. W., & McCall, L. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs. Journal of women in culture and society*, 38(4), 785–810. <https://doi.org/10.1086/669608>
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- Collins, P. H. (2019). *Intersectionality as critical social theory*. Duke University Press.
- Combahee River Collective (2014) [1977]. A Black Feminist Statement. *Women’s Studies Quarterly*, 42(3/4), 271–280.
- Davidow, S. & Mazel-Carlton, C. (2020). The “alternatives to suicide” approach: a decade of lessons learned. In A. C. Page & W. G. Stritzke (Hrsg.), *Alternatives to suicide. Beyond risk and toward a life worth living* (S. 179–199). Academic Press.
- Dernbach, K. S. (2024). Nichtseinwollen befreien. Über Möglichkeiten und Begrenzungen einer suizidalen Selbsthilfe. In K. Wichera, A. Steinweg, E. Mader & C. Schmechel (Hrsg.), *Gegendiagnose III. Kollektive Krisensitzung und psy-kritische Perspektiven* (S. 81–92). edition assemblage.
- Escobar, A. (2020). *Pluriversal politics. The real and the possible*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9781478012108>
- Fernando, S. & Moodley, R. (2018). *Global psychologies. Mental health and the Global South*. Palgrave Macmillan.

- Gale, C., Glue, P., & Barak, Y. (2019). Low-risk and high-risk groups matter in suicide risk. *Psychological Medicine*, 49(5), 879–880. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003422>
- Gerstl, L. (2019). Der Non-Suizid-Vertrag auf dem Prüfstand. *Psychotherapie Forum*, 23(3–4), 87–94. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-00127-z>
- Gutiérrez Rodríguez, E. (2011). Intersektionalität oder: Wie nicht über Rassismus sprechen? In S. Hess, N. Langreiter & E. Timm (Hrsg.), *Intersektionalität revisited. Empirische, theoretische und methodische Erkundungen* (S. 77–100). transcript.
- hornscheidt, I. (2014). entkomplexisierung von diskriminierungsstrukturen durch intersektionalität. Portal Intersektionalität.
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLOS One*, 11, e0156322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322>
- Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C. J. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychological Medicine*, 48(7), 1119–1127. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002537>
- Lauff, S. J. (2020). *Die gemiedene Kategorie der Psyche in der intersektionalen Diskriminierungskritik – Psychismus als Diskriminierungsform denken wagen*. In J. Hahmann, U. Knobloch, M. Kubandt, A. Orlikowski & C. Plath (Hrsg.), *Geschlechterforschung in und zwischen den Disziplinen. Gender in Soziologie, Ökonomie und Bildung* (S. 63–79). Barbara Budrich.
- Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2011). Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 144–151. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06473>
- Marsh, I. (2010). *Suicide. Foucault, history, and truth*. Cambridge University Press.
- McMyler, C. & Prymachuk, S. (2008). Do ‘no-suicide’ contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 512–522. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01286.x>
- Ndlovu-Gatsheni, S. J. (2018). *Epistemic freedom in Africa. Deprovincialization and decolonization*. Routledge.
- Noyon, A. & Heidenreich, T. (2013). Suizidalität. In A. Noyon & T. Heidenreich (Hrsg.), *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. 30 Probleme und Lösungen* (S. 135–148). Beltz.
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427–432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.427>
- Rose, D. & Kalathil, J. (2019). Power, privilege and knowledge: the untenable promise of co-production in mental “health”. *Frontiers in Sociology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00057>

- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS One*, 12(7), Article e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Saskia (2019). Radiointerview anlässlich der Tagung „Mit Suizidgedanken leben? Suizidalität und Selbsthilfe“. Hessischer Rundfunk, Gießen.
- Siuty, M. B., Beneke, M. R., & Handy, T. (2024). Conceptualizing white-ability saviorism: a necessary reckoning with ableism in urban teacher education. *Review of Educational Research*. <https://doi.org/10.3102/00346543241241336>
- Soper, C. A., Malo Ocejó, P., & Large, M. M. (2022). On the randomness of suicide: An evolutionary, clinical call to transcend suicide risk assessment. In R. Abed & P. St John-Smith (Hrsg.), *Evolutionary psychiatry. Evolutionary perspectives on mental health* (S. 134–152). Cambridge University Press.
- Stefan, S. (2016). *Rational Suicide, Irrational Laws. Examining Current Approaches to Suicide in Policy and Law*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199981199.001.0001>
- Walsh, G., Sara, G., Ryan, C. J., & Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(3), 174–184. <https://doi.org/10.1111/acps.12383>
- Webb, D. (2010). *Thinking about suicide. Contemplating and comprehending the urge to die*. PSSC books.
- X, T. & polanco, m. (2022). An autopsy of the coloniality of suicide: Modernity's completed genocide. *Health* (London), 26(1), 120–135. <https://doi.org/10.1177/13634593211038517w>