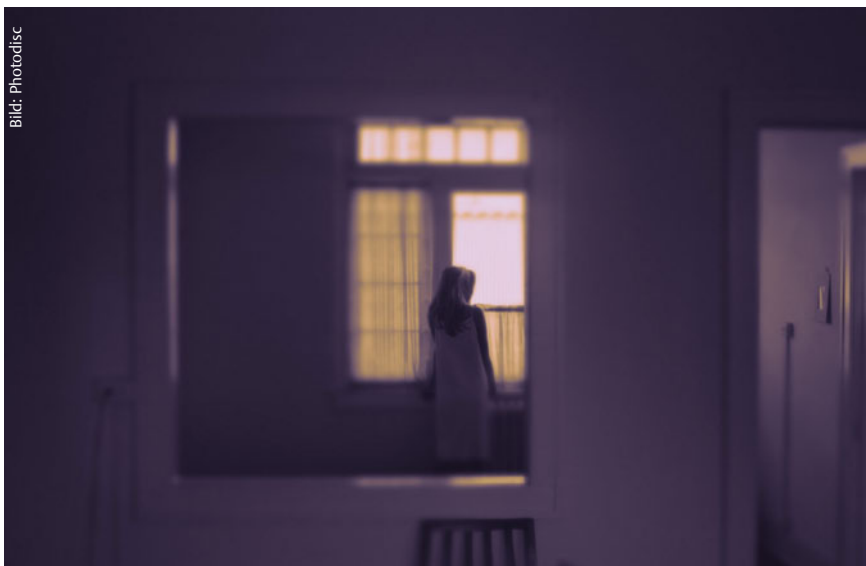


Suizid

Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

Grundsätzlich wollen wir in und mit der Psychotherapie Suizide verhindern. Auch verfahrenere Situationen können unter bestimmten Voraussetzungen gelöst und neue Perspektiven eröffnet werden. Bestenfalls ist die betreffende Person im Nachhinein dankbar, dass sie sich gegen den Suizid und für ein Weiterleben entschieden hat. Müssen wir in der Palliative Care anders auf den Wunsch nach einem vorzeitigen Sterben eingehen? Wie geht die Gestalttherapie damit um? Wie kann multiprofessionelle Arbeit im Gestaltsinn gelingen?



Psychotherapie muss begleiten und unterstützen In der Begleitung von unheilbar erkrankten Menschen mit vorhersehbar begrenzter Lebenszeit fällt auf, dass diese sich häufig die Frage nach einem selbst gewählten Todeszeitpunkt stellen. Die Aufgabe der Psychotherapie ist hierbei, diese Menschen in ihrer Entscheidungsphase zu begleiten und sie dabei zu unterstützen, alle Bereiche abzuwägen und auch oder vor allem die Bereiche, die ihnen einen Lebenssinn geben könnten, mit ihnen zu beleuchten. Eine weitere Aufgabe ist es, psychiatrische Symptome abzuklären damit sie gegebenenfalls auch gegen den Willen der betroffenen Person und für ein Weiterleben

behandelt werden. Spätestens hier stellt sich aber die Frage, ob wir den sterbenskranken Menschen in seiner Not noch sehen.

Den Suizidwunsch verstehen

Wie lautet der professionelle Auftrag, wenn ein kranker Mensch uns z.B. sagt, dass er nur noch dieses eine Gespräch wolle, und danach nach Hause gehe, um sich zu erhängen. Der Strick hänge bereits. In der Psychotherapie lässt die Handlungsanweisung, wie mit einem gefassten Entschluss zum Suizid umzugehen ist, 3 Möglichkeiten offen:

1. Entweder die suizidale Person ist davon zu überzeugen, in die Psychiatrie zu gehen, damit sie sich dort helfen lässt, anstatt sich zu suizidieren.
2. Willigt sie nicht ein, sollte versucht werden, sie umzustimmen, dass sie sich von der behandelnden Person in die Psychiatrie bringen bzw. begleiten lässt, statt sich zu suizidieren.
3. Willigt sie auch hierzu nicht ein, sollte gegebenenfalls die Polizei gerufen werden, damit diese dafür sorgt, dass die Person in die Psychiatrie eingeliefert wird.

Das heißt, es sollte alles Mögliche getan werden, um einen angekündigten Suizid zu verhindern.

Betroffenheit und Mitgefühl In der Arbeit mit schwerkranken Menschen mit nur noch begrenzter Lebenserwartung in der Palliative Care begegnen den Behandelnden verschiedener Professionen häufiger Suizidgedanken. Und was ihnen auch häufiger begegnet, ist die eigene Betroffenheit. Wenn eine terminal erkrankte Person einem Behandelnden anvertraut, dass sie bereits genügend Medikamente im Nachttisch gesammelt habe, um ihr Leben selbst zu beenden (im übertragenen Sinne also: der Strick schon hänge), ruft das manchmal Mitgefühl und Verständnis für dessen Lage hervor. Professionelle fragen sich manchmal, ob es ihnen nicht genauso gehen würde, wenn sie in der gleichen Situation wären.

Anzeichen frühzeitig wahrnehmen Für einen angemessenen Umgang mit suizidgefährdeten Personen ist es notwendig, die am häufigsten vorkommenden Umstände zu kennen, die Menschen zu dem Entschluss bringen können, über das Lebensende selbst zu bestimmen. Um Suizidalität erkennen zu können, müssen diese Anzeichen frühzeitig wahrgenommen werden. Eine Suizidabsicht aufgrund einer gezogenen Bilanz ist von einer Entscheidung aufgrund einer krankhaften Unzurechnungsfähigkeit wie z.B. einer Psychose abzugrenzen. Auch eine Entscheidung aufgrund einer Bilanzierung ist genau zu hinterfragen, und es kann notwendig sein, sehr kurzfristig Maßnahmen zur Abwendung einer Suizidhandlung zu ergreifen.

Depression abgrenzen von den Symptomen der Erkrankung Die am häufigsten vorkommenden Anlässe für Suizidabsicht bei terminal Erkrankten sind Autonomieverlust, schwindende Kontrolle und De-

pression. Wenn die Depression als Ursache für die Suizidabsicht gesehen wird, ist diese differenzialdiagnostisch abzugrenzen von den Symptomen der terminalen Erkrankung. So sind z. B. somatische Symptome einer schweren Depression: Schlafprobleme, Appetitverlust, Gewichtsverlust, psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Libidoverlust. Die körperlichen Symptome, die bei einer Depression auftreten, ähneln sehr den körperlichen Symptomen der terminalen Erkrankung, was eine klare Abgrenzung erschwert.

In der Krise den Kontakt halten

Die Absicht, einen Suizid zu begehen, steht im Zusammenhang mit einer Krise. Krisen können in Situationen entstehen, bei denen die Versorgung von außen ausfällt, die Fähigkeit zur Selbstversorgung aber noch nicht entwickelt ist [1]. Perls zieht den Vergleich zu einem Baby, dass nach Durchtrennung der Nabelschnur die Eigenversorgung mit Sauerstoff plötzlich selbst durchführen muss. „Bei einer Krise handelt es sich um eine Situation, in der ein suizidaler Mensch eine Lebensveränderung nicht adäquat bewältigen kann.“ [2] Es stellt sich die Frage, ob das Wissen um das bevorstehende Sterben nicht viele der vorher zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen überfordert oder angesichts der physischen Realität entmachtet? [3]

Die Haltung der Gestalttherapie – für alle Berufsgruppen anwendbar

Im palliativen Kontext ist es notwendig, dass die Helfenden auf das Erkennen und den Umgang mit suizidalen Gedanken bei Patienten vorbereitet sind. Jede helfende Person steht in der Versorgung der Betroffenen mit deren eventuellen lebensmüden Gedanken in Kontakt. Dieser besteht entweder darin, der betroffenen Person mit diesem Thema mit Interesse zu begegnen oder ihrem Thema, möglicherweise unbewusst, aus dem Weg zu gehen. Beide Reaktionen konfrontieren die schwerkranke Person mit einer Resonanz.

Begegnung auf horizontaler Ebene Das innere Befinden einer suizidalen Person wird vordergründig von 2 Fragen gelenkt: „Werde ich ernst genommen?“ und „Werde ich angenommen?“ [4] Um mit einer Person, die eine Suizidabsicht entwickelt hat, in Kontakt zu bleiben ist es notwen-

dig, diesem Menschen im Gestaltsinn in der Ich-Du-Haltung auf horizontaler Ebene zu begegnen. Auf einer horizontalen Ebene begegnen sich Therapierende und Patient gleichwertig, damit beide etwas über sich zu lernen.

Das Problem der betroffenen Person nicht aus den Augen verlieren „Einen ausgewogenen Menschen kann man nur und ausschließlich bei seiner Ausweglosigkeit erreichen, sonst zunächst nichts. Trost für einen Trostlosen ist Spott.“ [5] Wenn sich die therapierende Person vordergründig auf die Verhinderung eines Suizids konzentriert, verliert sie den Kontakt zu ihrem Gegenüber. Den Suizid zu verhindern, wäre zunächst doch das eigene Anliegen. Indem die behandelnde Person sich ihrem eigenen Anliegen widmet, statt dem Problem des suizidalen Menschen, geht sie aus dem Kontakt mit der betroffenen Person. Sie ist sich möglicherweise ihrer Gegenübertragung nicht bewusst oder ist verhindert, diese wahrzunehmen.

Sterbenskrank und lebensmüde

Menschen in einer palliativen Situation treten in einen neuen Lebensabschnitt, der den Betroffenen einen völlig neuen Blick in die Zukunft abverlangt. Das führt häufiger als landläufig vermutet zu Resignation und Lebensmüdigkeit.

Anerkennung und Wertschätzung Die Helfenden haben die Aufgabe, den erkrankten Menschen derart zu unterstützen, dass das Leiden so gering wie möglich ist. Es ist auch ihre Aufgabe zu erkennen, wenn ihre Hilfsangebote nicht mehr mit der Autonomie der Sterbenskranken in Einklang stehen. Die kranke Person in ihrer individuellen Lebenslage ist anzuerkennen und wertzuschätzen, ohne sie in Frage zu stellen oder eigene Bedürfnisse nach Harmonie und Heilung vorn anzustellen.

Suizidalität in jeder Lebenskrise ansprechen Stark empfundene Empathie der Helfenden könnte sie davon abhalten, die notwendige Unterstützung für die erkrankte Person mit lebensmüden Gedanken zu leisten, weil sie sich mitfühlend und mitleidend in deren Situation hineinversetzen. Es ist dagegen hilfreich, bei den Betroffenen das Thema Suizidalität in jeder Lebenskrise anzusprechen. Wenn bei schwerkranken Menschen in der letzten

Lebensphase Suizidgedanken auftauchen, ist dies in keiner Weise erstaunlich. Sie gehören gewissermaßen dazu [6].

Wecken wir schlafende Hunde?

Sollte man Suizidalität zuerst ansprechen, um sie im Folgenden zu erkennen oder sollte man sie erst ansprechen, wenn man sie bereits erkannt hat?

Suizidalität in der Palliative Care ist ein häufiges Tabuthema [7]. Es besteht ein unerschütterliches Vorurteil, dass man durch das Ansprechen von Suizidalität einen anderen Menschen möglicherweise erst auf diesen Gedanken bringen und sozusagen „schlafende Hunde wecken“ könnte. Wir haben aber nur den einen Weg, darüber zu sprechen! Ein offenes Gespräch und die darin angebotene Beziehung, können bereits entlastend und hilfreich sein und in manchen Fällen sogar zur Auflösung der Suizidalität beitragen.

Alle an der Versorgung beteiligte Personen kommen mit dem Thema Suizidalität in Kontakt, wenn ein Patient sich damit beschäftigt:

- ▶ entweder, indem ein Gesprächsraum dafür eröffnet wird oder
 - ▶ indem das Gespräch darüber, vielleicht auch unbewusst, vermieden wird.
- Beides sind Botschaften, die bei den Betroffenen ankommen und ihre Wirkung nicht verfehlen.

Autonomie: Patientenpflicht und Therapeutenrecht oder Patientenrecht und Therapeutenpflicht?

Autonomie wird häufig in Abgrenzung zur Fremdbestimmung behandelt, ohne dabei den einzelnen Menschen in seinem sozialen Kontext zu begreifen. Der starke Paternalismus trifft Entscheidungen für Personen trotz ihrer Einwilligungsfähigkeit. Hier soll der Suizid mit allen Mitteln verhindert werden. Der schwache Paternalismus entscheidet nur dann für andere Personen, wenn deren Einwilligungsfähigkeit nicht oder eingeschränkt vorhanden ist.

Paternalismus vs. Behandlungskonzept Sowohl in der Gestalttherapie als auch in der Palliative Care steht der starke Paternalismus in grobem Widerspruch zum ursprünglichen Behandlungskonzept. Er ist weder mit der Ich-Du-Haltung in der Gestalttherapie noch mit der zu schützenden, zu fördernden und zu res-



Bild: iStockphoto/Squarepixels
Die körperlichen Symptome, die bei einer Depression auftreten wie z. B. Schlafprobleme, Appetitverlust, Gewichtsverlust etc., ähneln sehr den körperlichen Symptomen der terminalen Erkrankung, was eine klare Abgrenzung erschwert (Symbolbild).

pektierenden Patientenautonomie in der Palliative Care in Vereinbarung zu bringen. Während hier die Selbstbestimmung eines der höchsten Güter darstellt, beansprucht der starke Paternalismus, das Wohl der betroffenen Personen besser einschätzen zu können, als diese es selbst könnten.

Die bewusste Entscheidung einer terminal erkrankten Person, das Leben zu beenden, bevor die Erkrankung soweit fortgeschritten ist, dass eine freie Willensentscheidung nicht mehr möglich ist, bzw. der körperliche Zustand eine Selbsttötungshandlung nicht mehr zulässt, ist eine Erhebung menschlicher Rationalität und Autonomie über den physischen Verfall der Natur [8].

Die Fragen wer jemand ist und wie jemand behandelt werden will, stellen die betroffene Person in den Vordergrund und gehen davon aus, das alles Handeln und jedes Verhandeln einer Person immer in Beziehung zu anderen Menschen stattfindet. Stärke, Gesundheit, Durchsetzungsfähigkeit, Unabhängigkeit und rationale Orientiertheit dienen als Voraussetzung für autonome Entscheidungen. Dagegen kann die Erfahrung von Schwäche, Krankheit, Verunsicherung und Abhängigkeit dazu führen, sich wertlos zu fühlen und zu glauben, für andere eine Belastung darzustellen [9].

Das Dilemma bleibt: den Sterbenswunsch verstehen und Leben erhalten wollen

▼ Bei einem erwachsenen Menschen setzen wir grundsätzlich voraus, dass er in der Lage ist, Verantwortung für seine autonomen Entscheidungen und das eigene Tun zu übernehmen. Die Selbstbestimmung steht aber auch in einem permanenten Beziehungskontext. Alles Handeln und jedes Verhalten einer Person findet immer in Beziehung zu anderen Menschen statt.

Mit Fürsorge unterstützen und offen sein

Eine angemessene Unterstützung für Menschen in Krisensituationen ist eine gegenseitige Ergänzung von Fürsorge und Autonomie. Die Fürsorge soll nicht die Autonomie ersetzen, sondern den Menschen in seiner Selbstbestimmung unterstützen [10]. Im Gestaltsinn der Ich-Du-Haltung dürfen eigene Betroffenheit zu der Akzeptanz und dem Respekt gegenüber den Gedanken und Wertvorstellungen der lebensmüden Person in die Interaktion einfließen, damit beide etwas über sich lernen. Professionalität zeichnet sich manchmal dadurch aus, nicht die Lösung auf alle kniffligen Lebensfragen zu haben, sondern Offenheit für Antworten zu behalten, auf die wir selbst nie gekommen wären.

Das Eingreifen in einen Suizid bzw. das Verhindern eines Suizids um jeden Preis

kann nur dann eine Rechtfertigung finden, wenn eine begründete Hoffnung dazu besteht, dass die Ursachen für die Suizidhandlung nach der Rettung behoben werden können [10].

Literatur

- 1 Schigutt (unveröffentlichtes Manuskript) zit. nach Hutterer-Krisch R (2001): Zur Krisenintervention im psychiatrischen Bereich. Einschätzung der Suizidalität. In: Fuhr, Reinhard; Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M, Hrsg. Handbuch der Gestalttherapie. 2. unveränderte Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2001: 839–856
- 2 Ahrens B, Freyberger J. H. Mortalität und Suizidalität bei psychischen Störungen. In: Freyberger J. H, Schneider W, Stieglitz R.-D. Hrsg. Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie Psychosomatische Medizin. 11. vollständig erneuerte und erweiterte Aufl. Basel: Karger; 2002: 420–431
- 3 Spiegel-Rösing Ina. Ziele psycho-sozialer Intervention beim Sterbenden. In: Petzold H, Rösing I, Hrsg. Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Tanathotherapie. Paderborn: Jungfermann; 1992: 141–182
- 4 Schneider C. Grenzerlebnisse. Zur Praxis der Gestalttherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie; 1990: 218
- 5 Hutterer-Krisch R. Zur Krisenintervention im psychiatrischen Bereich. Einschätzung der Suizidalität. In: Fuhr R, Sreckovic M, Gremmler-Fuhr M, Hrsg. Handbuch der Gestalttherapie. 2. unveränderte Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2001: 839–856
- 6 Klie T, Student J.-C. Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Freiburg im Breisgau: Herder; 2007
- 7 Müller-Busch H. C. Vom Umgang mit Angst und Depression in der Palliativbetreuung. In: Knipping C, Hrsg. Lehrbuch Palliative Care. 2. durchgesehene und korrigierte Aufl. Bern: Hans Huber, Hogrefe; 2007: 307–315
- 8 Birnbacher D. Selbstmord und Selbstmordvorsorge aus ethischer Sicht. Ethische Aspekte der Selbstmordverhütung. In: Leist A, Hrsg. Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1990: 395–422
- 9 Heller A, Reitinger E. Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen. In: Heller A, Krobath T, Hrsg. Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2010: 737–765
- 10 Duttge G, Müller-Busch H-C, Simon A. Suizid in palliativer Betreuung. Zeitschrift für Palliativmedizin 2006; 7: 123–127

Franziska Schröder (MAS), Gestalttherapeutin und Psychoonkologin (DKG), www.gestalttherapie-gg.de/info@gestalttherapie-gg.de

