



«*texte*»

zur *Schicksalspsychologie*

4/2012

In «texte» veröffentlichen wir Artikel, Rezensionen und Kommentare zu psychologischen Themen mit Schwerpunkt Schicksalsanalyse und Psychotherapie. «texte» ist ein Diskussionsforum für Theorie und Praxis der Schicksalsanalyse und verwandte Gebiete. Es ist ein Angebot des

www.psychologieforum.ch.

- Das Selbst als Pontifex-Ich in der Schicksalsanalyse
Alois Altenweger
- Die Kindheit wirkt nach: 1037 Kinder wurden 40 Jahre „begleitet“
Christiana Lange
- Durch Arbeit zufriedener werden – „Was die Psyche stark macht“
Christiane Gelitz
- Fachbuch im Fokus:
„Psychische Belastungen im Arbeitsalltag“
Nadine Schuster, Sascha Haun, Wolfgang Hiller
- Null Bock auf Politik? Psychologen der Universität Jena untersuchen, wann sich Jugendliche politisch engagieren wollen.
Jute Schönfelder
- Schicksalsanalyse: Zum Thema Libidotropismus
Ines Grämiger
- **Suizidbeihilfe für Menschen mit psychischen Krankheiten?**
Prof.Dr.med. Joachim Küchenhoff

11.09.2012

Suizidbeihilfe für Menschen mit psychischen Krankheiten?

Von Prof.Dr.med. Joachim Küchenhoff, Chefarzt und Psychoanalytiker Basel

Ich argumentiere als Psychiater und Psychotherapeut und es geht in meinem Beitrag nicht allgemein um Suizidbeihilfe. In meiner Tätigkeit werde ich mit der Frage der Suizidbeihilfe in folgenden Situationen konfrontiert:

- a) In erster Linie bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder in einer Krisensituation, die einen Suizidwunsch äussern oder einen Suizidversuch unternommen haben,**
- b) bei Pat., die zu uns in die PUK vom USZ überwiesen werden, da sie sich dort (meist aus dem Ausland eingereist) gemeldet hatten, um Suizidbeihilfe zu bekommen und die sich psychisch auffällig verhielten,**
- c) bei gutachterlichen Anfragen, ob ein Patient mit einem Sterbe- bzw. Suizidwunsch urteilsfähig ist.**

Zur Diskussion über die Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken ist es in neuerer Zeit gekommen, da die bisherige Praxis der Sterbe- und Suizidbeihilfe bei Patienten mit einer terminalen Erkrankung, also am Lebensende, ausgeweitet wurde auf die Suizidbeihilfe bei einer psychischen Erkrankung, die selbst nicht unmittelbar zum Tode führen würde.

1) Meine Auffassung ist, dass der Psychiater als Arzt unzweideutig verpflichtet ist, den psychisch Kranken oder Menschen in einer Krisensituation zu behandeln und Leiden zu lindern. Denn Suizidalität ist meistens ein Symptom bei verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen (in erster Linie bei Depressionen; weiterhin bei Suchterkrankungen; dann bei Psychosen; ausserdem in psychosozialen Krisen, insbesondere Trennungssituationen).

2) Eine klare und eindeutige Haltung von mir als dem behandelnden Psychiater und Psychotherapeuten halte ich für therapeutisch notwendig. Ich befinde und urteile nicht über einen Menschen, der sterben will und der sich suizidiert. Ich nehme Stellung als behandelnder Psychiater, den ein Patient mit einem Suizidwunsch und einer psychischen Erkrankung oder in einer Krise aufsucht oder der mir wegen Selbstgefährdung bei psychischer Erkrankung auch gegen seinen Willen, also zwangsweise, in die Klinik zugewiesen wird. Aus der praktischen Erfahrung ist es evident für mich, dass im Suizidwunsch eine hochgradige Ambivalenz steckt. Ein geäussertes Suizidwunsch und ein Suizidversuch kann unterschiedliche Gründe haben (Wunsch nach Ruhe; Schlaf; Abstand; Hilferuf etc.), die verstanden werden sollen. Auch in Studien über suizidale Patienten zeigen sich bei diesen oft zwei unvereinbare Ziele: der Wunsch zu sterben und der Wunsch nach einem besseren, einem anderen Leben.

3) Ein Patient, der sich mit einem Suizidwunsch an den Psychiater wendet, muss meines Erachtens sicher sein, Hilfe und therapeutische Unterstützung zu erhalten, darf also nicht befürchten, dass dem Sterbewunsch entsprochen wird. Dass sich ein Patient mit einem Suizidwunsch überhaupt an den Psychiater wendet, zeigt die Ambivalenz, da sich der Sterbewillige ja trotzdem um Hilfe bemüht.

Eine klare Haltung und Einstellung von Seiten des Psychiaters hilft auch diesem selbst, sich nicht in Ambivalenzen verstricken zu lassen, und er entgeht so der Gefahr des Mitagierens. Ein Beispiel dafür wäre bei der Behandlung depressiver Patienten, dass die Therapeuten nicht dem depressiven «Sog» nachgeben und sich von der Hilf- und Hoffnungslosigkeit insoweit „anstecken“ lassen, dass sie den stimmungsabhängigen Wünschen nach Beendigung des Lebens entsprechen.

Eine Gefahr für den Therapeuten liegt auch darin, dass er sich, aus der Verleugnung der eigenen Hilflosigkeit und Ohnmacht in der Behandlung, bewegen lassen könnte handlungsfähig zu erscheinen, indem er die Sterbewünsche des Patienten aktiv unterstützt. Die therapeutische Aufgabe besteht aber darin, den Sterbewunsch ernst zu nehmen, ohne ihn zu fördern.

4) Worin bestünde die Autonomie eines ambivalenten Patienten? Die Autonomie ist der Haupt Gesichtspunkt, der von Seiten der Befürworter der Suizidbeihilfe ins Feld geführt wird. Es widerspricht aber wohl nicht der Autonomie, wenn ich einen Patienten, der von sich aus in die Klinik kommt, behandle.

Die Situation ist bei einem Menschen schwieriger zu beurteilen, der wegen Suizidalität gegen seinen Willen in die Klinik eingewiesen wird. Eine Zwangseinweisung und eine Zurückbehaltung in der Psychiatrischen Klinik gegen den Willen erfordert aber eine akute Selbstgefährdung bei einer psychischen Erkrankung oder in einer psychischen Krisensituation. Hier ist zu bedenken, dass Suizidalität als Symptom die freie Willensentscheidung beeinträchtigt, insofern kein autonomer Akt ist, sondern der Behandlung bedarf. Diese kann dann durchaus in akuten Krankheitsphasen den aktuellen und meist kurzfristigen, situations-gebundenen Vorstellungen und Wünschen des Patienten widersprechen. Zu beachten ist die Asymmetrie zwischen dem irreversiblen Akt des Suizides und dem Akt der Hilfe: Ein erfolgter Suizid ist nicht rückgängig zu machen, während die therapeutische Bearbeitung des Suizidwunsches dem Patienten ein Moratorium gewährt, diesen Wunsch zu überdenken und infrage zu stellen.

5) Aus der Möglichkeit der einzelnen frei handelnden Person Suizid zu begehen folgt nicht, dass der Arzt und Psychiater, die psychiatrische Institution, die Pflicht haben, den Suizid zu unterstützen. Der Patient hat also nicht das Recht, vom Arzt Suizidbeihilfe zu verlangen.

In meiner eigenen, langjährigen psychiatrischen Tätigkeit, inklusive der Arbeit auf einer Kriseninterventionsstation, habe ich nie einen andauernden Sterbewunsch oder den konstant aufrecht erhaltenen Wunsch nach Suizidbeihilfe von Seiten der Patienten erlebt. Es kam auch nie vor, dass ein Patient die Behandlung auf Grund meiner Haltung abgebrochen hätte, obwohl er bei jeder ambulanten Behandlung die Möglichkeit der freien Arztwahl hat.

6) Als Psychiater habe ich meine Grenzen zu sehen und zu akzeptieren. So habe ich nicht, und tue es auch nicht, zu urteilen über Menschen, die sich suizidieren. Ich weiss und kann es auch nicht verhindern, dass sich eine ganze Reihe von Patienten im Laufe ihrer Erkrankung suizidieren. Ich kann nicht den überzogenen Anspruch haben, jeden Suizid verhindern zu können. Aber das heisst nicht, dass ich leichtsinnig handeln darf, und erst recht nicht, dass ich den Suizidwunsch aktiv unterstütze.

7) Im Vergleich zu den zahlreichen Untersuchungen über Suizidprävention, wurde das Thema «Trauer nach Suizid» erst relativ spät in der Praxis und in der Forschung bearbeitet. Sowohl für die Therapeuten wie für die Angehörigen stellt dieses Thema aber oft eine Herausforderung dar. Dieses Thema betrifft auch die Beihilfe zum Suizid. So kam beispielsweise eine Patientin nicht darüber hinweg, dass sie den Sterbewunsch ihres Mannes aktiv unterstützte und beim Beizug einer sogenannten Sterbehilfeorganisation mitwirkte. Nach seinem Tod litt sie unter anhaltenden Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen.

8) Es ist eine Erfahrung aus unserer kulturellen Entwicklung, dass ein einmal eröffneter, vermeintlich einfacher „Lösungsweg“ einem mühevollen vorgezogen wird. D.h. in Bezug auf die Suizidbeihilfe, dass in schwierigen Behandlungssituationen und bei langdauernden Krankheitsverläufen der Ruf nach dem Suizid und der Beihilfe zu diesem der Vorzug gegeben werden könnte, anstatt dass alle Anstrengungen unternommen würden, nach neuen Behandlungsmöglichkeiten zu suchen (vgl. Spaemann und Fuchs 1997). Reflektiert werden muss, wa-

rum gerade heute unter dem zunehmenden ökonomischen Druck, den steigenden Gesundheitskosten, der Zunahme der älteren Bevölkerung etc. das Thema Suizidbeihilfe verstärkt diskutiert wird. Es besteht die Gefahr der Ausweitung auf Tötung auf Verlangen bis hin zur Tötung ohne Verlangen (s. Bsp. Holland). Dann wird aber aus der Selbstbestimmung eine Fremdbestimmung.

9) Auch aus der Geschichte der Psychiatrie ist zu lernen. Es sollte sich sicher nicht wiederholen, dass Psychiater für sich in Anspruch nehmen, zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben zu unterscheiden. Aufgrund der Geschichte ist es gerade notwendig, dass der einzelne Psychiater und die Psychiatrie als Institution sich von jeglichem Verdacht freihalten, dass sie (wieder) Euthanasie betreiben.

10) Neben allen theoretischen Erörterungen und Überlegungen sollte uns auch ein Blick auf die Praxis und die gegenwärtigen Einstellungen zu denken geben, die beispielsweise von Vollmann und Hermann in einem Artikel auf Grund von Umfragen bei Psychiatern in der USA, England, Holland und Japan beschrieben wurden. Nach dieser zusammenfassenden Darstellung lag die Zustimmung der Psychiater zum ärztlich begleiteten Suizid zwischen 40 und 69%. Dabei waren allerdings nur rund die Hälfte der Psychiater mit einer zustimmenden Einstellung selbst bereit, eine Suizidbegleitung durchzuführen. Bemerkenswert war auch, dass die Zustimmung zur Suizidbegleitung bei den Psychiatern, die selten mit Terminalkranken zu tun hatten, prozentual höher lag als bei den somatischen Kollegen, die mit Terminalkranken direkt zu tun hatten.

Die Autoren halten auch fest, dass zur Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit in der Praxis allgemein anerkannte Kriterien und Methoden fehlen. Dies zeigt sich dann u.a. auch darin, dass unterschiedliche rechtliche und kulturelle Gegebenheiten Einfluss nehmen auf die Bereitschaft, Suizidbeihilfe zu gewähren.

So bestand für Psychiater in Japan bei Patienten, die ihre soziale Rolle nicht weiter erfüllen konnten, ein ausreichender Grund, den Suizidwunsch eines Patienten zu erfüllen, oder dass in den USA der ärztlich assistierte Suizid wegen ökonomischer Faktoren eine hohe Akzeptanz hatte.

Fazit: Die Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken gehört nicht zu den Aufgaben des Psychiaters und Psychotherapeuten.

Literatur

– KP Rippe, C. Schwarzenegger, G. Bosshard, M. Kiesewetter (2005): Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe. Schweizerische Juristenzeitung SJZ 101:53-62 und SJZ 101:81-91. Der Text ist frei zugänglich auf dem Internet: <http://www.phkarlsruhe.de/uploads/media/Urteilsfaehigkeit.pdf>.

Quelle: Bulletin 2012.1 der „Gesellschaft für hermeneutische Anthropologie und Daseinsanalyse“

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors.