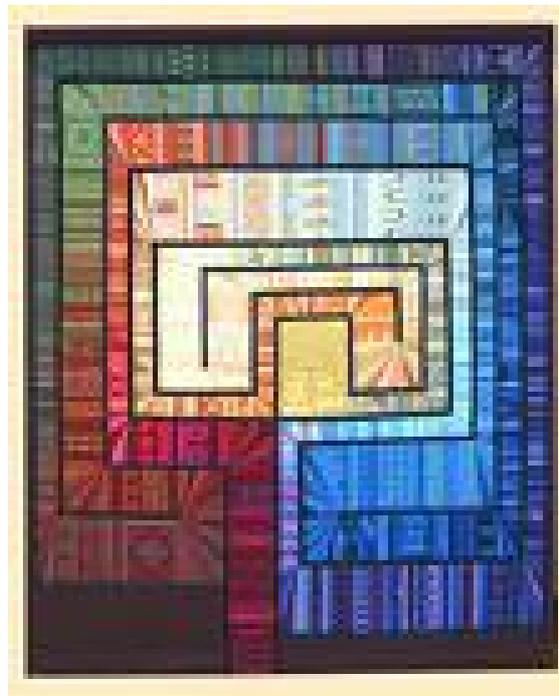


Halt – halten – Haltung
Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung

Workshop im Rahmen der Tagung
„Pflegerische und palliative Versorgung“
am 21. April 2007 in Neumünster



„Nehmen wir uns nicht zu viel vor.
Es genügt die friedliche
und ruhige Suche nach dem Guten
an jedem Tag, zu jeder Stunde,
aber ohne Übertreibung und Ungeduld.“

(Johannes XIII)

Was möchte ich in den 3 Stunden, die uns zur Verfügung stehen, erreichen? Ich möchte:

- Ihnen Informationen zum Thema Selbsttötung liefern
- Mit Ihnen diskutieren
- Gedanken und Anregungen austauschen
- Sie zur Reflexion eigener Gedanken, Gefühle und Haltungen anregen.

Zu Beginn möchte ich Sie mit einem kurzen Vortrag in das Thema einführen. Ich habe mich hierbei bemüht, Fakten und Erkenntnisse aus der Fachliteratur und Praxisberichten, die mir neben eigenen Erfahrungen hilfreich erschienen, einfließen zu lassen. Im Anschluss daran lade ich Sie ein, konkrete Fragestellungen zu diskutieren. Ergebnisse aus diesem Austausch sollen nicht verloren gehen und werden schriftlich festgehalten.

Als ich angefragt wurde, zu diesem Thema einen Workshop zu moderieren, habe ich gerne und spontan zugesagt. Ich ahnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht, wie vielschichtig und umfangreich sich das Thema darstellen wird.

So kann die Auseinandersetzung mit der Selbsttötung von Menschen eine Reihe von Facetten, Sichtweisen, Einstellungen, Erkenntnissen und Informationen beinhalten. Ich nenne beispielhaft die Philosophie, die Ethik, die Psychologie, die Soziologie, die Biologie, die Medizin, die Theologie und die Rechtsprechung. Alle genannten Bereiche blicken aus ihrer Sicht auf eine Selbsttötung und kommen zu eigenen Aussagen und Wertungen. So ist beispielsweise aus juristischer Sicht eine Selbsttötung in Deutschland seit dem 18. Jahrhundert grundsätzlich straffrei. Auch eine versuchte Selbsttötung stellt juristisch keine strafbare Handlung dar. Aus diesem und anderen Gründen halte ich es deshalb für angemessener von Selbsttötung und nicht von Selbstmord zu sprechen. Die offizielle Statistik geht von jährlich etwa 12 000 Selbsttötungen in der Bundesrepublik aus.

„Wer ein Warum hat, zu leben, erträgt fast jedes Wie“

(Friedrich Nietzsche, zit. nach Dormann)

Was *bewegt* Menschen, sich selbst das Leben zu nehmen?

Nach meinem Verständnis, stellt die Selbsttötung einen Lösungsversuch dar, die momentane Lebenssituation zu verändern. Das heißt, es gibt immer Gründe (bewusste und unbewusste), weshalb sich ein Mensch für diese *Handlung* entscheidet. Dabei ist nicht „das Tod-Sein“ an sich das Ziel, sondern die Veränderung der momentanen, meist als unerträglich oder hoffnungslos empfundenen Lebenssituation. Die Selbsttötung dient hier als Mittel zum Zweck.

Psychologen haben Suizid-Typologien entwickelt und beschrieben. Anhand von Selbsttötungsmotiven (z. B. Flucht oder Trauer; Appell oder Rache) und weiterer Faktoren, lassen sich Zuordnungen zu den jeweiligen Typen vornehmen. Da meist mehrere Motive (auch unbewusste) eine Rolle spielen und sich gegenseitig beeinflussen, ist fast immer von Mischformen auszugehen. Die Einteilung in Typen soll einem besseren Verständnis und einer differenzierteren Hilfe dienen.

Die Suizidforschung hat Erkenntnisse hervorgebracht, die sowohl zur Vorbeugung von Selbsttötungen als auch für den Umgang mit und nach Selbsttötungen unerlässlich sind. So wissen wir heute beispielsweise, dass es Risikogruppen und Risikofaktoren für einen Suizid gibt. Wolfram Dormann zählt zu den Risikogruppen:

- Alle depressiven Klienten
- Alkoholiker, Medikamenten- und Drogenabhängige
- Alte und Vereinsamte
- Personen, die einen Suizid ankündigen
- Personen, die durch einen Suizidversuch auffällig geworden sind.

Neben diesen Risikogruppen werden folgende Aspekte als Risikomerkmale aufgeführt:

- Männlich
- Männlich und 35-54 Jahre (10x höher als bei Frauen)
- Ende einer Partnerschaft
- Arbeitslosigkeit
- Allein lebend
- Krankheit
- Psychische Erkrankung (einschl. Alkoholismus)

Halt – halten – Haltung

Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung

Treten die genannten Merkmale in Kombination auf, erhöht sich das Suizidrisiko entsprechend. Tatsache ist, Menschen, die Selbsttötungsabsichten haben, senden in der Regel im Vorfeld offene oder versteckte Signale aus (siehe Anhang). Tatsache ist auch, man kann letztlich niemanden dauerhaft hindern, sich das Leben zu nehmen. Wer es ernsthaft will, wird Wege finden, sich umzubringen.

Die Philosophin und Psychologin Dagmar Fenner schreibt in einer kritischen Analyse zu verschiedenen Suizidtypen:

„Die Ursachen von suizidalen Handlungen sind in der Regel sehr komplex, betreffen die gesamte dynamische Entwicklung einer Persönlichkeit und umfassen sowohl innere und äußere Gegebenheiten als auch bewusste Stellungnahmen, Bewertungen und Motive.“ Und an anderer Stelle: *„Wie stark auch immer einzelne Faktoren wie frühkindliche „broken-home“ - Situationen oder psychische Störungen in der präsuizidalen Phase gewichtet sein mögen, es ist letztlich doch der Suizident selbst, der mit Blick auf seine gesamte bisherige Entwicklung zum Schluss kommt, dass sich das Leben nicht (mehr) lohnt. Diese Möglichkeit, zum eigenen Leben wertend Stellung nehmen zu können, gehört zu den konstitutiven Merkmalen des Menschseins.“*

Es gibt im Umgang mit Menschen, die Selbsttötungsabsichten haben, eine Reihe von Möglichkeiten der Intervention und Einflussnahme. Einige sind im Anhang „Signale bei Selbsttötungsabsichten“ beschrieben.

Betrachten wir uns Belastungen, die für Patienten in der Palliativ- und Hospizversorgung (Schwerstkranke und Sterbende) zutreffen können, so wird die Relevanz des Themas Selbsttötung deutlich. Menschen leiden nicht selten unter:

- M Hoffnungslosigkeit
- M Angst, Trauer, Verzweiflung, Schuldgefühlen, Vereinsamung
- M Depressionen
- M Unerträgliche psychische und physische Schmerzen
- M Weitere unerträgliche körperliche Symptome wie Übelkeit, Juckreiz, Unruhe, Durchfälle u.v.m.

Weshalb sollte ein sterbenskranker Mensch, der solchen Belastungen ausgesetzt ist, nicht auch an eine Selbsttötung denken?

Halt – halten – Haltung

Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung

Seite 4 von 12

Halt – halten – Haltung.....

Ich möchte mit Ihnen nach Aussprache und kurzer Pause gemeinsam Antworten auf folgende Fragen formulieren:

- ü Was kann Menschen in ihren letzten Lebensphasen Halt geben, was sie *im* Leben halten?
- ü Welchen Beitrag kann „die Pflege“ als Profession dazu leisten?
- ü Welche Haltungen erachten Sie als hilfreich im Umgang mit Patienten in der Palliativ- und Hospizversorgung, bezüglich des Themas Selbsttötung?
- ü Wie ist Ihre persönliche Haltung zur Selbsttötung? (Einzelarbeitsblatt als Angebot zur Selbstreflexion)

Pause! (10 Minuten)



Halt – halten – Haltung

Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung

Weitere Informationen finden Sie auch unter:

<http://www.suizidprophylaxe.de>

<http://www.neuro24.de>

Literatur beim Verfasser.

Uwe Enenkel
Krankenpfleger und
Sozialtherapeut (DFS)
Alfstraße 41
23552 Lübeck
Mobil: 0170-2191222
Homepage: www.omnino.info
Email: coachforyou@enenkel.eu



Die Menschen reisen, um die Höhe der Berge zu bestaunen, die riesigen Wellen der Meere, die unendlich langen Flussläufe, die unermessliche Weite Der Ozeane, die Umlaufbahnen der Gestirne – nur an sich selbst gehen sie vorüber und staunen nicht.

Augustinus

Halt – halten – Haltung

Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung

Seite 6 von 12

Anhang

Zehn Signale für Selbsttötungsabsichten (Shneidman 1988) und daraus abgeleitete therapeutische Konsequenzen (nach Dormmann 2002):	
1 Unerträgliche psychische Schmerzen	Lebenssituationen, in denen der psychische Druck oder auch physische Schmerzen so stark sind, dass der Klient nur noch an eine schnelle Beendigung der Situation denken kann. Therapeutisches Ziel muss also die möglichst schnelle Verminderung dieser Belastungen sein.....
2 Frustrierte psychologische Bedürfnisse	Ein Mangel an Sicherheit, Vertrauen, Liebe, Freundschaft, Erfolg oder anderen Essentialien, die unser Innenleben stark bestimmen, ist bei jedem Suizidalen zu finden. „Wo schmerzt es Dich?“ ist nach Shneidman die beste Frage an diesem Punkt. In den Antworten geht es oft um den Verlust eines hohen Wertes (Beruf, Existenzgrundlage, Partnerschaft etc.) was in die Therapieplanung einbezogen werden muss.
3 Die Suche nach einer Lösung	Dabei scheint der Suizid neben anderen Fluchtmöglichkeiten wie Auswandern oder Umziehen als einzig möglicher Ausweg aus der unerträglichen Situation. Diese Suche kann später therapeutisch durch ein Problemlösetraining (D`Zurilla & Goldfried 1971) aufgegriffen werden.
4 Der Versuch, das Bewusstsein zum Schweigen zu bringen	Dieser Wunsch nach einem Ende von Erleben und Denken kann sich z.B. auch nur in dem Hören lauter Musik, extremen Schlafbedürfnissen oder dem Konsum von Drogen inkl. Alkohol und Psychopharmaka äußern. Eine konfrontierende Haltung zu gegebener Zeit kann dem Klienten zeigen, dass dieses Verhalten seine Probleme nicht löst, sondern eher noch vergrößert.
5 Hilf- und Hoffnungslosigkeit	Dieses Gefühl, welches den anderen Gefühlen wie Schuld, Verletztheit oder Trauer zugrunde liegt, muss als eigentlicher Auslöser für einen Suizid gewertet werden. Es ist nach der „Theorie der gelernten Hilflosigkeit“ (Abramson, Seligman &

Halt – halten – Haltung

Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung

<p>Hilf und Hoffnungslosigkeit</p>	<p>Teasdale 1978) begleitet von einer gegen Null gehenden Kontrollerwartung, und ist erzeugt durch ungünstige Attribuierungsgewohnheiten (vgl. Dorrman & Hirsch 1981). Therapeutisch können diese Denkmuster durch Methoden der kognitiven Umstrukturierung (Reattribution) angegangen werden (Meichenbaum 1977, Dorrman 1987b).</p>
<p>6</p> <p>Einengung der Optionen</p>	<p>Wie depressive Patienten tendieren Suizidale zu einem Alles-oder-Nichts-Denken. Es gibt meist nur zwei Alternativen (z.B. „Die oder keine“!), was auch bedeuten kann: die totale Lösung oder Suizid. D.h: der Patient muß angeleitet werden, die vielen Alternativen, aber auch Zwischenlösungen oder Kompromisse zu sehen.</p>
<p>7</p> <p>Ambivalenz</p>	<p>Aus dieser Ambivalenz ergibt sich zunächst meist eine Unentschlossenheit zum Handeln. Sie zeigt sich auch in dem häufig anzutreffenden inneren Konflikt „Hilf mir, aber ich bin es eigentlich nicht wert!“ Die drücken Klienten natürlich nicht direkt aus, sondern sie sagen z.B.: „<i>Ich möchte aber nicht, dass sie jetzt nur wegen mir länger da bleiben.</i>“ Die Ambivalenz bezieht sich auch auf das Leben und den Tod selbst, was sich in appellativen Suizidhandlungen niederschlagen kann. Der Klient kann spätestens dann darauf aufmerksam gemacht werden, dass es einen Teil seiner Person gibt, der wohl eher dafür ist, zu leben.</p>
<p>8</p> <p>Die Mitteilung der Absicht</p>	<p>Sie kann manchmal sehr indirekt geschehen, und zwar verbal oder im Verhalten, z.B. indem jemand wertvolle Dinge verschenkt, in auffälliger Weise seine Angelegenheiten regelt, medizinische Behandlungen (sinnvolle! Bestrahlungen und Chemotherapie etc.) vermeidet oder abbricht. Diesen Hinweisen und natürlich auch sehr deutlichen, demonstrativen Suiziddrohungen muß nachgegangen werden, da der Betroffene in der</p>

	Regel dadurch auf seine scheinbar aussichtslose Situation aufmerksam machen will.
9 Abschied	Patienten sehen den Suizid vor allen Dingen als Abschied und verkennen, dass dieser nicht mit einer Kündigung oder einem Ortswechsel vergleichbar ist. Ihnen muss deutlich gesagt werden, dass sie einen endgültigen Abschied vorhaben, „ <i>eine endgültige Lösung für ein vorübergehendes Problem</i> “.
10 Problemlösungs-Muster im bisherigen Leben	Oft lassen sich in der Lebensgeschichte der Patienten Problembewältigungen finden, die als Fluchtverhalten einzustufen sind (z.B. einige Tage nicht nach Hause kommen, von der Arbeitsstelle fernbleiben, bis die Kündigung erfolgt, u. ä.). Der Patient soll im Laufe der Gespräche erkennen, dass dies ein vorschnelles Aufgeben ist.

aus:

Wolfram Dormann; Suizid, - Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten - ; Pfeiffer Klett-Cotta Verlag, 4. Auflage 2002.

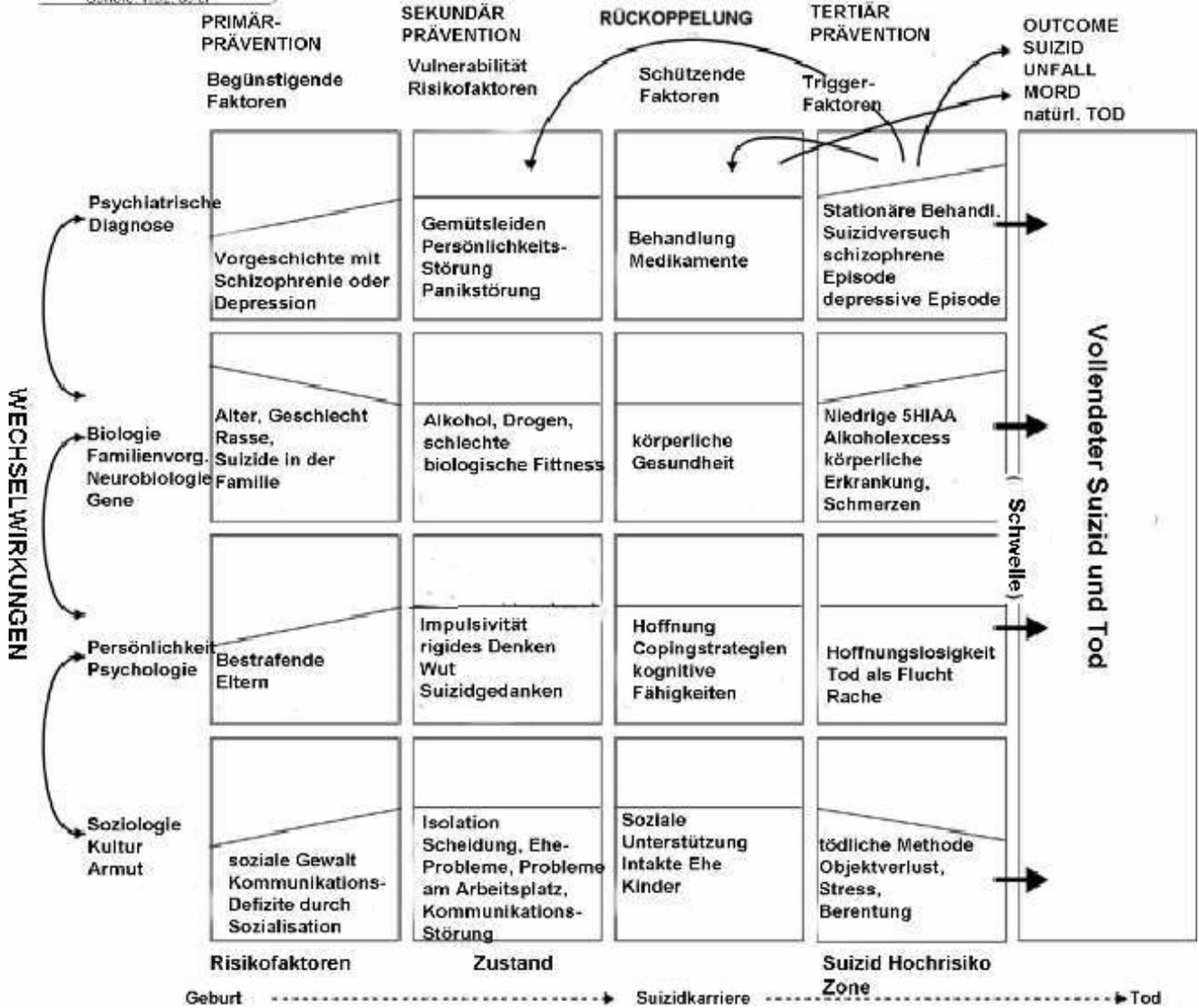


Tod und Leben
-Pflasterbildkopie nach
Gustav Klimt
von Susanne Krömker-

Halt – halten – Haltung

Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung

Nach: Mans HW, Berman AL, Mahaberr JI, et al, eds. Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford, 1992: 67, 67



(Schaubild möglicher Einflussfaktoren und Wechselwirkungen)

Halt – halten – Haltung

Selbsttötung von Menschen in der Hospiz- Palliativversorgung

Arbeitsblatt

Dieses Arbeitsblatt ist ein **Angebot zur Selbstreflexion** bezogen auf das Thema Selbsttötung. Nehmen Sie sich **30 Minuten Zeit** für dieses Blatt. Die Fragen können dazu anregen, sich eigener Gedanken, Gefühle und Haltungen noch bewusster zu werden. Dies kann dazu führen, dass Sie im Umgang mit dem Thema und im Kontakt mit anderen Menschen eine klare Haltung einnehmen.

Hatte ich in meinem bisherigen Leben schon selbst einmal Gedanken, mir das Leben zu nehmen? Was hat mir geholfen im Leben zu bleiben?

Vermeide ich es bisher im Kontakt mit Patienten das Thema anzusprechen oder bin ich froh, wenn sie es von sich aus nicht tun? Welche Gründe fallen mir dafür ein?

Wenn ich mir vorstelle, ich spreche das Thema „Selbsttötung“ bei einem meiner Patienten an, löst diese Vorstellung Befürchtungen bei mir aus? Welche?

Meine Haltung zur Selbsttötung wird auch bestimmt durch meine Werte, Weltanschauung, Religion, Kultur und Überzeugungen, die ich habe. Was hilft mir, davon abweichende Haltungen und Entscheidungen anderer Personen zu respektieren?

Arbeitsblatt

(Austausch in Kleingruppen, **45 Minuten Zeit**)

Wie und wodurch kann ich als Pflegekraft dazu beitragen, Menschen in der Palliativ- und Hospizversorgung Halt zu geben? Was ist mir als Pflegekraft besonders wichtig, und welche Erfahrungen habe ich bisher gemacht?

-
-
-
-
-
-