

September 2006

Alexianer

DAS MAGAZIN DER ALEXIANER-BRÜDERGEMEINSCHAFT



Letzter Ausweg Suizid?

Unvorstellbar ist die Not der Menschen, die sich umbringen. Warum tun sie das? Und wie überleben Angehörige diesen Schicksalsschlag? Eine Suche nach Erklärungen.

Letzter Ausweg Suizid?

Unvorstellbar ist die Not der Menschen, die sich umbringen. Warum tun sie das? Und wie überleben Angehörige diesen Schicksalsschlag? Eine Suche nach Erklärungen.

Tragisch ist es immer

Fast ein halbes Leben hat sie mit ihm verbracht. Durch dick und dünn ist Brigitte Thiermann* (49) mit ihrem Partner gegangen – zwanzig Jahre lang. Und als er krank wurde, war sie an seiner Seite. „Als Stefan eine Psychose bekam und später an Depression erkrankte, wurde das Leben zur Achterbahnfahrt. Mal war er ganz down, mal obenauf. Ich dachte aber, dass er und ich es schaffen.“ Ihr Wunsch nach dem gemeinsamen Altwerden hat sich nicht erfüllt. Vor vier Jahren nahm sich Stefan Mersch* das Leben. Im Alter von 47 Jahren.

Allein in Deutschland nehmen sich jedes Jahr rund 11.000 Menschen das Leben, die Zahl der Suizidversuche liegt um ein Zehnfaches höher. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind bei jedem Suizid sechs Hinterbliebene betroffen. Angehörige geraten häufig aus dem seelischen Gleichgewicht. Oft besteht eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit und besonders in den ersten Monaten danach auch bei ihnen eine erhöhte Suizidgefahr. Hinzu kommt, dass die Hinterbliebenen häufig jahrelang unter schweren Schuldgefühlen leiden, weil sie den Suizid oder Suizidversuch nicht verhindern konnten.

Bei Brigitte Thiermann war es anders. Sie suchte die Schuld bei dem Arzt, der ihrem Partner ein Medikament verschrieben hatte, das als Nebenwirkung die Psychose auslöste. Untersuchungen einer Universitätsklinik zeigten, dass es einen Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und dem Auftreten der Psychose gab. Für Brigitte Thiermann ist das Ganze noch heute eine Verkettung unglücklicher Umstände, auch wenn ihre Wut der Akzeptanz gewichen ist.

Es kann jeden treffen...

Suizide oder versuchte Selbstmorde geben Hinterbliebenen oft Rätsel auf. Hilflosigkeit und Verzweiflung machen sich breit. Wie groß die Ohnmacht und Verzweiflung bei den Betroffenen selbst ist, ist nur schwer vorstellbar. Dass es aber jeden Menschen treffen kann, weiß Psychologie-Professor Dr. Armin Schmidtke von der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS): „Krankheit, Existenzängste, mangelnde Sozialkontakte und Isolation – all das können Faktoren sein, die Menschen dazu bewegen, sich zu töten. Hoffnungslosigkeit kann sich durch alle Schichten ziehen. Bei Akademikern sind Suizide oft verdeckter, das heißt, sie werden eher tabuisiert.“

Die Todesart selbst sagt einiges über den Suizidenten aus. Je „härter“ die Methode, also z. B. erhängen, erschießen oder ertrinken, umso stärker der Wunsch zu versterben. „Weichere“ Methoden, z. B. die Einnahme von Tabletten, sind häufiger ein Appell an die Umwelt, also als Hilferuf zu deuten. Untersuchungen zeigen, dass Frauen eher „weichere“ Methoden wählen als Männer.

Wie auch im Fall Stefan Mersch sind psychische Erkrankungen häufig die Ursache eines Suizids. Untersuchungen der WHO ergaben, dass bei rund 80 Prozent aller durchgeführten oder

Alle drei Minuten begeht in Deutschland ein Mensch einen Selbstmordversuch.

Alle 47 Minuten stirbt ein Mensch durch Selbsttötung. Im Jahr sind das mehr als 11.000 Menschen. Es sterben in Deutschland mehr Menschen durch Selbstmord als bei Verkehrsunfällen.

Als wesentliche Gründe gelten psychische (sehr oft Depressionen) und körperliche Krankheiten, zwischenmenschliche Probleme, der Verlust von Angehörigen, als extrem krisenhaft erlebte Lebenssituationen und Einsamkeit.

Im Vordergrund steht häufig nicht der Wunsch zu sterben, sondern die Vorstellung, so nicht weiterleben zu können.

Die Zahl der Suizidversuche ist mindestens zehn Mal höher.

Die höchsten Suizidversuchsraten weisen 15- bis 25-jährige junge Frauen auf. Innerhalb eines Jahres wiederholen rund zehn Prozent den Suizidversuch.

Generell ist die Zahl der Suizide rückläufig, sie sank von 18.711 erfassten Fällen 1982 auf 11.163 Fälle im Jahr 2002. Etwa zwei Drittel der Suizide werden von Männern verübt, ein Drittel von Frauen.

Der Anteil alter Menschen an der Suizidrate steigt, weil sich die Alterpyramide ändert. Jede zweite Frau, die sich das Leben nimmt, ist über 60 Jahre alt. Insgesamt sind 40 Prozent der Menschen, die sich das Leben nehmen, 60 Jahre und älter.

Nicht immer ist es möglich, die Selbsttötung als solche zu erkennen.

Als verdeckte Suizide gerade alter Menschen gelten beispielsweise der Abbruch der Medikamenteneinnahme oder die Einstellung von Essen und Trinken.

Von jedem Selbstmord sind im Durchschnitt sechs Angehörige betroffen, die häufig selbst aus dem Gleichgewicht geraten. Es besteht oft eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit und insbesondere in den ersten Monaten auch bei ihnen eine erhöhte Suizidgefahr.

(Quellen: Statistisches Bundesamt; Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention/ Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland)



versuchten Selbsttötungen im Vorfeld eine psychische Krankheit diagnostiziert wurde. Typische Krankheitsbilder können z. B. eine Depression, (schizophrene) Psychosen, (narzisstische) Persönlichkeitsstörungen oder Mehrfacherkrankungen sein.

Brigitte Thiermann kann sich noch gut an die Zeit erinnern, als ihr Partner immer wieder unter Verfolgungsängsten litt, verzweifelt war und nachts kein Auge zumachte. Noch heute schießen Brigitte Thiermann Tränen in die Augen, wenn sie davon berichtet: „Eines Tages sagte Stefan mir, dass er nicht mehr leben will. Diesen Augenblick werde ich nie vergessen.“ Doch immer noch hatte sie Hoffnung auf eine erfolgreiche Behandlung – auch für Stefan. „Grundsätzlich, und da sind Fachleute sich einig, sind Suizidandrohungen aber immer ernst zu nehmen“, erklärt Professor Schmidtke und ergänzt „etwa 80 Prozent der Betroffenen kündigen den Todeswunsch an oder setzen indirekt Zeichen, z. B. durch sozialen Rückzug.“

Drei Schritte bis zum Tod

Ein Phasenmodell erklärt die drei Stadien der suizidalen Entwicklung: In einem ersten Stadium wird der Suizid in Erwägung gezogen, um Probleme zu lösen. Dabei können psychodynamische Faktoren, z. B. nach innen gerichtete Aggressionen, eine Rolle spielen. Aber auch suggestive Faktoren, z. B. Suizide in der Familie oder Pressemeldungen und Filme über Suizide, können einen starken Einfluss ausüben. Studien belegen eindeutig, dass Medienberichte über Suizidhandlungen von Prominenten die Selbstmordrate erhöhen können. So sank vor einigen Jahren die Quote in Boston (USA) während eines sechswöchigen Zeitungsstreiks deutlich ab.

Im Stadium Ambivalenz entwickelt sich ein Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörerischen Kräften. Oft wird der Suizid direkt oder indirekt angekündigt. Ein ernstzunehmender Hilferuf an die Umwelt.

Im dritten Stadium ist der Entschluss gefasst. Es herrscht die „Ruhe vor dem Sturm“. Es scheint, als habe sich der Betroffene beruhigt. Für die Umwelt ist der letzte Anlass dann oft nicht nachvollziehbar – besonders dann, wenn es keinen Abschiedsbrief gibt. So traf auch Brigitte Thiermann die schreckliche Nachricht vom Tod ihres Partners wie ein Blitz: „Wir haben am Abend vorher noch Urlaubspläne geschmiedet“. Stefan Mersch beendete sein Leben auf den Gleisen.

Frühzeitig eingreifen

Ist der Entschluss gefasst, sind auch Therapeuten machtlos. Gibt es dennoch vorbeugende Maßnahmen, um Suizide zu verhindern? „Es wird immer Menschen geben, die sich umbringen. Aber Prävention ist das A und O, wir brauchen ein gutes Netz von Hilfsangeboten und Öffentlichkeitsarbeit“, betont Schmidtke.

Deshalb gibt es das „Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“, das die DGS in Zusammenarbeit mit der WHO und dem Bundesministerium für Gesundheit 2004 entwickelte. Zahlreiche Arbeitsgemeinschaften befassen sich mit einer Vielzahl von Themen wie: psychische Erkrankungen, alte Menschen und Suizid (der Anteil alter Menschen an der Gesamtzahl der Suizide nimmt zu, weil sich die Alterspyramide ändert), Angehörigenarbeit, Kinder und Jugendhilfe, Fort- und Weiterbildung, Medien und Öffentlichkeitsarbeit.

Aus den Ergebnissen entstehen praktische Handlungsansätze: So können Schulungen z. B. für Hausärzte, Altenpflegekräfte oder Lehrer den Blick für Risikogruppen schärfen. Schmidtke erklärt: „Rund 70 Prozent aller Betroffenen gehen eine Woche vor dem Suizid noch zum Hausarzt. Dieser erkennt vielleicht nicht sofort die schwere Lebenskrise.“

Auch die Medikamenten-Forschung spielt eine entscheidende Rolle. So sollen in Zukunft Nebenwirkungen noch weiter reduziert und der Zugang zu starken Medikamenten durch Internet-apotheken soll erschwert werden.

Dass auch scheinbar ganz banale Maßnahmen Leben retten können, zeigen z. B. die verstärkten Aktionen der Deutschen Bahn. Zugänge zu Bahnanlagen werden gesichert, um den Zutritt zu erschweren, Schutzräume sichern Brückenübergänge.

Stefan Mersch hätte das vielleicht das Leben gerettet. Wer weiß...

Brigitte Thiermann geht jetzt ihren Weg. Sie ist mittlerweile Koordinatorin einer der Selbsthilfegruppen des Vereins AGUS, der in Deutschland zahlreiche Gruppen für Hinterbliebene anbietet. Für sie steht fest: „Bei uns kreist nicht alles nur um das Thema Suizid. Wir schauen auch, wie das Leben danach weitergeht.“ (bel)

* Name von der Redaktion geändert.

TITEL

Seelsorge und Suizid

Das Gebot der Begleitung

Text: Karl-Hermann Büsch, Pfarrer, katholischer Krankenhaus-seelsorger im Alexianer Krankenhaus Köln

Das Christentum lehnt die Selbsttötung prinzipiell ab, ebenso wie Islam, Judentum und Buddhismus. Der Suizid galt im Christentum lange Zeit als schwere Sünde. „Selbstmörder“ wurden bis ins 20. Jahrhundert nicht in „geweihter Erde“ bestattet. In der Regel wurden keine Exequien gefeiert. Dahinter stand eine von Augustinus im 5. Jahrhundert und von Thomas von Aquin im 13. Jahrhundert geprägte moraltheologische Sicht: Die Achtung vor dem hohen Gut des von Gott geschenkten Lebens qualifizierte die Selbsttötung als schwere Schuld. Es ist aber wichtig zu wissen, dass dogmatisch die katholische Kirche nie eine Verdammnis gelehrt hat, z. B. waren „stille Messen“ jederzeit möglich.

Nicht zuletzt durch human- und medizinwissenschaftliche Erkenntnisse ist die Sichtweise heute geweitet. Der „Selbstmord“ kommt im neuen katholischen Kirchenrecht von 1983 (Codex Iuris Canonici, CIC) nicht mehr vor. Damit trägt das Kirchenrecht auch der mehrperspektivischen Erkenntnis Rechnung, dass die suizidale Handlung ein individuelles, höchst komplexes Phänomen darstellt. Anthropologische, kulturelle, neuromedizinische und psychiatrische Perspektiven sind zu berücksichtigen. Folglich ist eine monokausale moraltheologische Bewertung des Suizids schwierig. Schon die Begrifflichkeiten sind zu hinterfragen: „Selbstmord“ verbietet sich in seiner diskriminierenden Wertung. „Freitod“ ist nach heutigen Erkenntnissen ebenfalls problematisch: Wann ist die Entscheidung wirklich frei? Auch die neutralen Formulierungen „Suizid“ und „Selbsttötung“ werden dem je individuellen komplexen Erleben oft nicht gerecht, z. B. im religiösen Kontext können die Grenzen schnell verschwimmen. Es gibt den Märtyrer, der den Ehrentod stirbt, bevor er seine Religion verrät.



Karl-Hermann Büsch.

Der neue Weltkatechismus der katholischen Kirche betont, dass die Kirche verpflichtet ist, für jeden Suizidenten zu beten, als Ausdruck der Hoffnung und des Glaubens, dass Gott in seiner unendlichen Gnade Wege findet, den Menschen zu retten.

Die angemessene Begleitung suizidaler Menschen ist Bestandteil der Psychiatrie-Seelsorge-Ausbildung. Sie erfolgt im Horizont aktueller humanwissenschaftlicher und medizinisch-psychiatrischer Erkenntnisse. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Suizidprävention durch Enttabuisierung. **Der Suizid muss sprachfähig werden!** Eine empathische, komplementäre Haltung des Seelsorgers ist wesentlich. Damit ist gemeint, dass der Seelsorger den oftmals stummen Schreien suizidaler Menschen – „Ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr“ – inneren Raum schenkt. Eine nicht verurteilende, nicht moralisierende Begleitung hilft, diesen Begegnungsraum zu schaffen. Hier kann es möglich werden, dass suizidgefährdete Menschen zu ihrem Vorhaben auf Distanz kommen, denn typisch für die Suizidgefährdung ist die Fixierung auf den Suizidgedanken (Tunnelblick). Die Vertrauen schenkende Begleitung schafft Raum, diese Fixierung zu lösen, um gemeinsam nach neuen Lebensmöglichkeiten zu suchen. Oft helfen hier prägnante Bilder, Gleichnisse, Metaphern.

Ein Beispiel: Ein Psychiatrie-Patient, Betreiber einer Baumschule, macht in der Verzweiflung seiner Lebenskatastrophen Gott für sein Elend verantwortlich. Er habe gelernt, dass Gott die liebende und heilende Lebenssonne sei. Ihm verweigere sich Gott, und alles habe keinen Sinn mehr! Trotz unendlich mühsamer Versuche, durch religiöse Übungen die Gnade Gottes zu finden, versinkt er immer mehr in einer suizidalen Depression. Hier half das Bild des Baumes, dem die Sonne nicht nutzen kann, wenn seine Wurzeln krank sind. Der Mann erkennt, dass seine Probleme in einer missbrauchsbehafteten Kindheit wurzeln. **Er muss nicht die Sonne beschwören, sondern an den Wurzeln ansetzen.** Dieses für ihn anschauliche Bild hilft ihm, in einem geduldigen Seelsorgeprozess neue Unterstützungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten anzunehmen und mitzugestalten. So tritt schrittweise die Suizidfixierung als vermeintlich letztmögliche Option in den Hintergrund.

Dennoch weiß der Seelsorger, dass unter Umständen ein Suizid passieren kann.

Das innere Zulassen der Möglichkeit, dass er passiert, schafft erst den Freiraum für eine heilsame Seelsorge. Dies klingt paradox, aber nur eine loslassende, vertrauende Atmosphäre schafft die Voraussetzungen, sich von zerstörerischen Fixierungen zu lösen.

Grenzfall Suizid

Wenn sich Patienten während einer Therapie das Leben nehmen, stehen nicht nur Hinterbliebene, sondern auch Fachleute oft vor einem großen Rätsel.

Laut Statistik nimmt sich jeder tausendste Patient, der stationär in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen wird, das Leben. Dass sich Menschen trotz therapeutischer Behandlung das Leben nehmen – oder es versuchen –, ist schwer vorstellbar. Es gibt also kein Rezept, den Freitod zu verhindern?

Nein, das gibt es leider nicht. Letztendlich entspricht es dem freien Willen eines jeden Menschen, zumindest in einem demokratischen Land, sein Leben zu leben oder es zu beenden. Dennoch müssen wir mit diesem Thema offen umgehen, es nicht tabuisieren und nach neuen Lösungswegen suchen.



Dr. Wassili Hinüber (54),
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie ist leitender
Oberarzt im Alexianer-Kranken-
haus Aachen und spricht offen
über Möglichkeiten und Grenzen
der Suizidbehandlung.

Was heißt das konkret?

Wir müssen das Thema Suizid mit dem Patienten offen ansprechen. Auch wenn wir den leisesten Verdacht haben und der Wunsch, sich das Leben zu nehmen, sehr latent vorhanden ist, muss darüber geredet werden. Schon bei der Aufnahme fragen wir den Patienten oder die Angehörigen nach eventuellen Selbstmordabsichten oder früheren Versuchen. Fast immer gibt es eine ehrliche Antwort, da der Patient sich sowieso in einer schwierigen Lebenssituation oder Krise befindet, wenn er zu uns kommt. Im Laufe der Therapie gelingt es aber häufig, dass der Patient seinen Lebensmut wiederfindet.

Und wenn das nicht der Fall ist?

Natürlich gibt es auch Menschen, die ihren Entschluss bereits gefasst haben. Dann spielen Phasen wie Erwägung oder Ambivalenz, ob ich es vielleicht doch nicht tue, keine Rolle mehr für den Patienten. Ist der Entschluss gefasst, herrscht oft die Ruhe vor dem Sturm. In diesem Fall sind auch Angehörigen oder Therapeuten die Hände gebunden. Wir können es dann nicht abwenden, auch wenn wir es uns noch so sehr wünschen.

Können Sie Angehörigen in dieser Situation helfen?

Natürlich darf man Hinterbliebene nicht einfach alleine lassen. Gerade dann nicht, wenn sie vielleicht den behandelnden Ärzten, Therapeuten oder Pflegekräften die Schuld geben, versagt zu haben. Das kann passieren, weil Angehörige sich in einer Art Ausnahmesituation befinden. Sie leiden selbst unter so großen Schuldgefühlen, dass sie diese nicht aushalten und jemand anderem die Schuld auftragen, um sich zu entlasten. Hier ist es wichtig, einfühlsam zu sein und dennoch sachlich aufzuklären. Das Gespräch mit Hinterbliebenen führt bei uns immer der Chef- oder der Oberarzt mit dem behandelnden Arzt und Psychologen. Es geht einerseits darum, gemeinsam Rückschau zu halten, also zu verstehen, was im Laufe der Zeit passiert ist. Andererseits klären wir, welche Hilfsangebote in Frage kommen, um zu entlasten. Oft vermitteln wir an Trauer- oder Selbsthilfegruppen und bei Bedarf auch an ambulante Psychotherapeuten.

Sicherlich kommen auch professionelle Helfer, also Mitarbeiter, an ihre Grenzen, wenn ein Patient sich das Leben nimmt oder es mehrfach versucht hat...

Natürlich geht so etwas nicht spurlos an uns vorbei. Dennoch versuchen wir, eine Balance von Nähe und Distanz zu schaffen. Wenn ein Suizid passiert, sind ganz besonders leitende Mitarbeiter wie Chefarzt und Pflegedienstleitung gefragt, um das Team aufzufangen. Alle Beteiligten werden zusammengetrommelt. Blinder Aktionismus ist nicht gefragt, Gespräche in Ruhe sind wichtig. Man sollte Mitarbeitern in dieser Krisensituation Rückendeckung geben, nach geklärtem Sachverhalt bestätigen, dass sie sich richtig verhalten haben und auch offen über Angst- und Schuldgefühle sprechen. Fallbesprechungen und Supervision können ebenfalls für Entlastung sorgen. Ganz wichtig aber: Der Rückhalt von „oben“. Damit Mitarbeiter wissen, dass Vorgesetzte hinter ihnen stehen. (bel)

Anlaufstellen für Hilfesuchende

Telefonseelsorge

bundesweit gebührenfrei
Tel.: (0800) 1 11 01 11 und (0800) 1 11 02 22

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

www.suizidprophylaxe.de (Hilfsangebote)

Lokale Ansprechpartner

Auffindbar z. B. über das örtliche Telefonbuch

- Gerontopsychiatrische Beratungsstellen, Ambulante Hospizdienste, Seniorenbüros, Beratungsstellen (Ehe, Familie, Lebensfragen, Sucht), Sozialpsychiatrische Dienste
- Hausärzte, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, Seelsorger (Kirchen)

AGUS – Angehörige um Suizid e.V.

AGUS ist die bundesweite Selbsthilfeorganisation für Trauernde, die einen nahestehenden Menschen durch Suizid verloren haben.

Wilhelmsplatz 2
95444 Bayreuth
Tel. (09 21) 1 50 03 80
E-Mail: kontakt@agus-selbsthilfe.de

Bürozeiten: montags bis donnerstags von 9 bis 12 Uhr (oder Anrufbeantworter)

Die Homepage www.agus-selbsthilfe.de richtet sich an

- Trauernde, die einen nahestehenden Menschen durch Suizid verloren haben, unabhängig davon, wie lange dies her ist.
- Freunde, Bekannte, Kollegen, die einen Suizidtrauernden begleiten möchten.
- Menschen, die durch ihren Beruf mit Suizid in Berührung kommen und sich über die Situation der Hinterbliebenen informieren möchten.
- Ärzte, Therapeuten, Pfarrer, Lehrer, Erzieher und andere, von denen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit kompetente Hilfe erwartet wird.

Signale einer Suizidgefährdung

- Gefühl der Einengung
- Grübeln, Suizidgedanken
- Aufgeben gewohnter Interessen und Aktivitäten
- Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen
- Ankündigung des Suizids (direkt oder indirekt)
- Unerwartet auftretende Ruhe nach Suizidäußerungen („Ruhe vor dem Sturm“)