



Umgang mit Sterbewunsch

Begriffsbestimmung Suizidalität

- Summe aller Denk- und Verhaltensweisen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.
- Suizidalität ist **grundsätzlich allen Menschen möglich**, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf (medizinisch-psychosoziales Paradigma)
- Psychodynamisch ist Suizidalität **ein komplexes Geschehen** aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, der Veränderbarkeit eines unerträglich erscheinenden Zustandes, aus durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit verändertem Erleben. Motivational spielen appellative, manipulativ-instrumentelle, altruistische sowie auto- und fremdaggressive Elemente eine Rolle.
- Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln und zielt auf ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person, ein Lebenskonzept. **Suizidales Verhalten will etwas verändern**, den Anderen, die Umwelt, sich selbst in der Beziehung zur Umwelt.
- **Suizidalität ist meist kein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern von Einengung durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not**, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen, durch gesellschaftlich-kulturelle bzw. ideologische Rahmenbedingung. Die Benennung „Freitod“ ist für den Großteil suizidaler Menschen/Suizide falsch.

Präsuizidales Syndrom nach Ringel

- Einstellungen von Hoffnungs- und Hilflosigkeit
- Einengung auf derartige Assoziationen und Kognitionen
- Entwicklung ängstlicher Gestimmtheit
- Rückzug aus allen zwischenmenschlichen Beziehungen

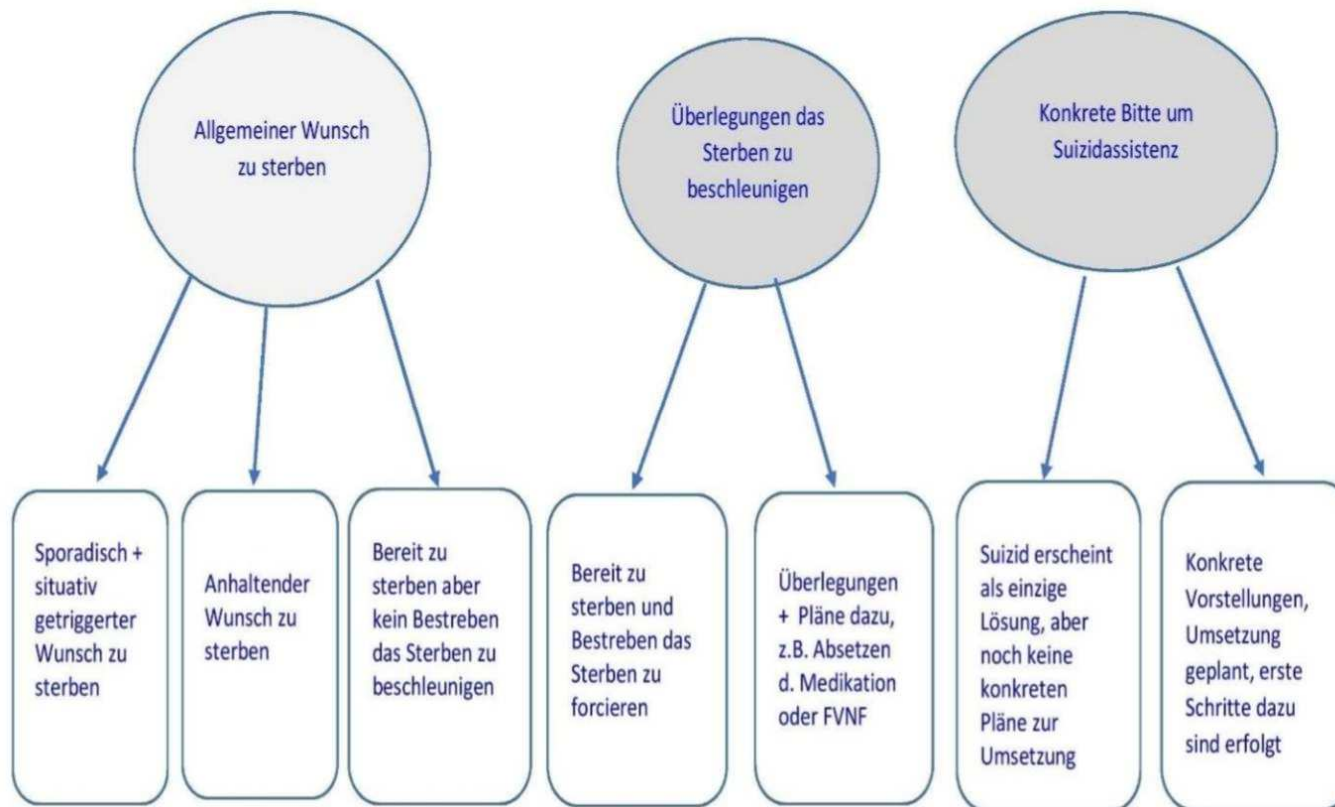
...vor allem bei ...

- depressiven Patienten
- bei Menschen in chronischen psychosozialen Belastungssituationen
- bei alten und vereinsamten, verwitweten Menschen
- bei Menschen mit chronisch lebensbeeinträchtigender körperlicher Erkrankung

Faktoren, die Suizidalität fördern:

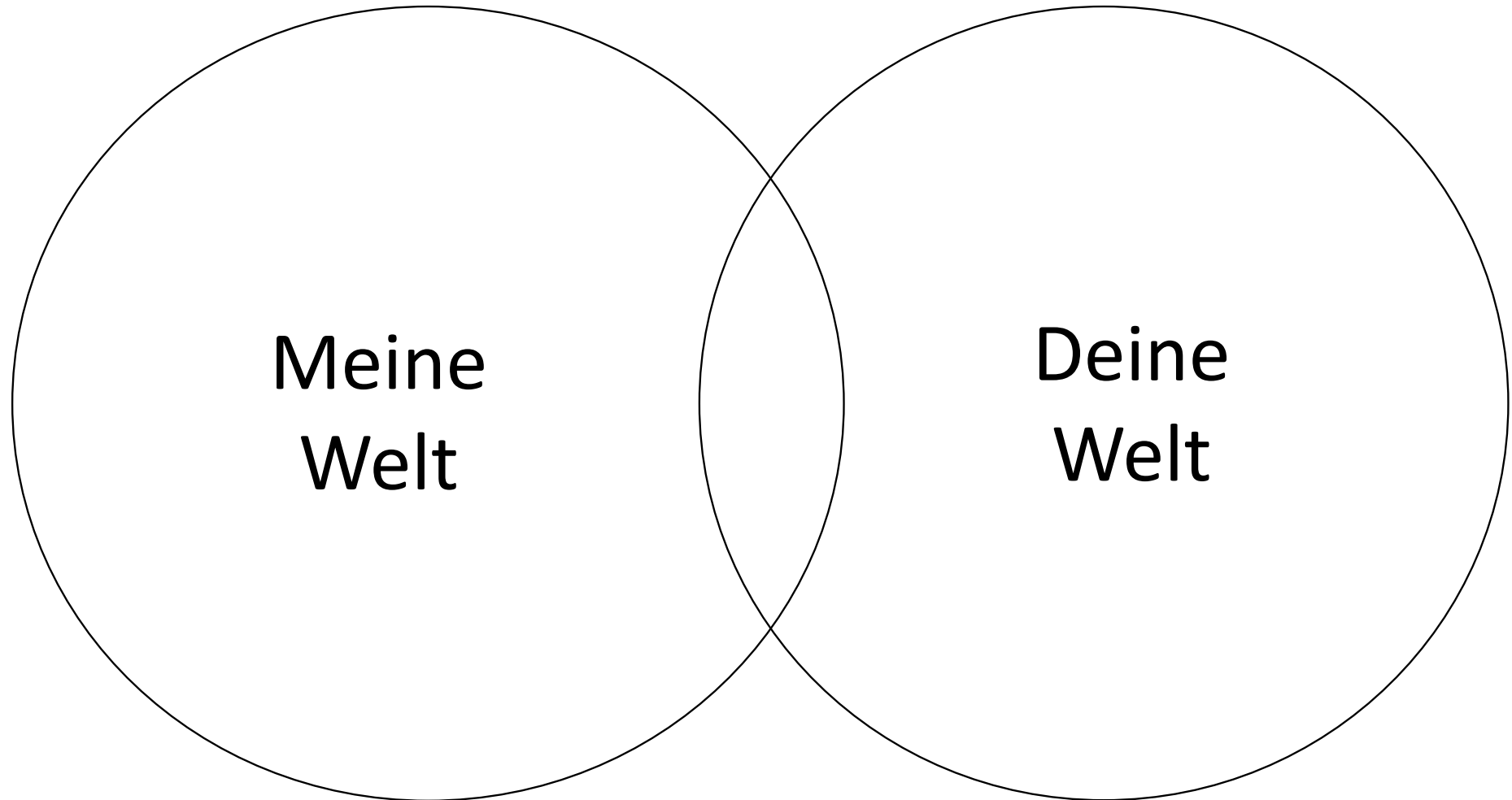
- Hoffnungslosigkeit
- Modelle von suizidalem Verhalten in der peer group, im Umfeld oder in der Kultur
- bereits frühere suizidale Krisen
- medikamentöse Überstimulation

Sterbewunsch ≠ Suizidwunsch!



Feichtner, A. et. al. (2021): Handreichung zum Umgang mit Sterbewünsche und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid. Langfassung. Living Document – Stand Dezember 2021: OPG

Exkurs: Gehirn-Entwicklung ;-)





„Ich kann nicht mehr!“

„Ich will SO nicht mehr leben!“

„Wieviel muss ein Mensch noch alles ertragen?“

„Ich bin eh nur noch eine Belastung für andere!“

„Gebt mir endlich eine Pille!“

„Bevor ich dahinsieche will ich lieber sterben!“

„Einen Hund schläfert man wenigstens ein!“

„Mein Vater hat sich letzten Endes auch erschossen!“

„Ich schäme mich so – das hat doch alles keinen Sinn mehr!“

„Das ist alles so entwürdigend! Nicht mal auf die Toilette kann ich noch gehen!“

**Bitte respektiere mein
Leid!**

Vier Schritte bei Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches

1. Wahrnehmen und Würdigen der Wünsche
2. Verstehen des Sterbe - oder Suizidwunsches
3. Klären der Ursachen und Verständnis für die individuelle Bedeutung des Sterbe- oder Suizidwunsches
4. Angebot der palliativen Begleitung und Beratung

Was ist Würde?

Ein Versuch (von vielen!) einer Annäherung im palliativen Kontext

Chochinov: Halbstrukturierte Interviews mit terminal erkrankten onkologischen Patienten

Fragen zu folgenden Themen/Bereichen:

- Persönliche Definition von Würde?
- Fördernde und unterminierende Faktoren?
- Mit Würde assoziierte Situationen?
- Zusammenhang zwischen subjektiven Würdegefühl und Lebenswille?
- Wird „Würde“ internal oder external attribuiert?

Inhaltsanalytische Auswertung der Interviews

Drei Hauptkategorien:

1. Krankheitsbezogene Belange
2. Würde-bewahrendes Repertoire
3. Soziale Würde

Interaktionen möglich – Würde-bewahrendes Repertoire als Puffer negativer Einflüsse krankheitsbezogener und sozialer Aspekte

Stärkung des subjektiven
Würdeempfindens kann einen
Sterbewunsch reduzieren!

Würde - Hauptkategorien, Themen und Unterthemen

Krankheitsbezogene Belange	Würde bewahrendes Repertoire	Soziale Würde
<p>Unabhängigkeitsgrad</p> <p>Kognitive Verfassung</p> <p>Funktionelle Kapazität</p>	<p>Würde bewahrende Perspektiven</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Selbst-Kontinuität ▶ Aufrechterhaltung von Rollen ▶ Generativität, Verlässlichkeit ▶ Bewahrung vonolz ▶ Autonomie/Kontrolle ▶ Hoffnung ▶ Akzeptanz ▶ Resilienz/Kampfgeist 	<p>Privatsphäre</p> <p>Soziale Unterstützung</p> <p>Pflegerische Grundhaltung</p> <p>Anderen eine Last sein</p>
<p>Symptombelastung</p> <p>Körperliche Belastung</p> <p>Psychische Belastung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Unsicherheit in medizinischen Fragen ▶ Angst vor dem Tod 	<p>Würde bewahrendes Handeln</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Leben im Hier und Jetzt ▶ Aufrechterhaltung von Normalität ▶ Bestreben nach spirituellem Einklang 	<p>Sorgen hinsichtlich unregelter Dinge in der Zeit nach dem Tod</p>

Abb. 1 Das Würde-Modell von Chochinov [2].

Stärkung der Würde mittels 3 Faktoren

- Generativität / Hinterlassenschaft
- Essenz der Persönlichkeit
- Grundhaltung der Behandler

ABCD der Würde in der Behandlung

Attitude = Einstellung

Behaviour = Verhalten

Compassion = Mitgefühl

Dialogue = Gespräch

Praktische Empfehlungen der OPG

- Hören Sie sehr genau zu, was gesagt wird (und was nicht gesagt wird), und überprüfen Sie, ob Sie den Patienten bzw. die Patientin korrekt verstanden haben.
- Patient*innen äußern ihren Sterbewunsch manchmal "verdeckt" oder in Metaphern und es kann wichtig sein, nachzufragen was damit genau gemeint ist.
- Geben Sie empathisch und direkt Rückmeldung, was Sie gehört haben, indem Sie das Gesagte in eigenen Worten wiedergeben. Damit wird den Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, ihr Verständnis für ihre Situation zu reflektieren. Verzichten Sie auf Interpretationen oder Empfehlungen aus ihrem persönlichen Blickwinkel.
- Ihr Tonfall und Ihre Mimik sind wichtig, weil sie Wertschätzung, Mitgefühl und Fürsorge vermitteln können. Die Patient*innen sollen sich wahrgenommen, gehört und verstanden fühlen.

Praktische Empfehlungen der OPG

- Der Respekt vor der Freiheit des Einzelnen, sich das Leben zu nehmen und dazu Hilfe zu suchen und anzunehmen ist wichtig (Respekt vor der Autonomie). Wie Ihre persönliche Haltung dazu auch sein mag, für die Betreuung ist sie nicht maßgeblich und es wäre unangemessen, die Patient*innen damit zu konfrontieren.
- Bei der Erklärung der Patient*innen, nicht zur Last fallen zu wollen, ist abzuschätzen, wie weit diese Haltung als Teil des eigenen Selbstverständnisses verinnerlicht ist oder ob sich der Patient bzw. die Patientin gedrängt sieht, einer gefühlten gesellschaftlichen Moral gerecht zu werden.
- Fragen Patient*innen konkret um Hilfe bei einem Suizid oder um eine Tötung auf Verlangen, ist es wichtig, dass Sie diese Anfrage zur Kenntnis nehmen und der Neigung widerstehen, sie zu „ignorieren“ oder sie kategorisch zurückzuweisen.
- Hinweise darauf, dass Sie diese Anfrage ernst nehmen, tragen dazu bei, dass der Patient bzw. die Patientin sich verstanden fühlt und erkennt, dass Sie erfahren möchten, was zu diesem Wunsch geführt hat.

Praktische Empfehlungen der OPG

- Bestätigen und kommunizieren Sie Ihre Besorgnis um das Wohlergehen und die Sicherheit des Patienten bzw. der Patientin. Erklären Sie aber auch, dass es nicht möglich ist, Anfragen wie diese absolut vertraulich zu behandeln und dass es wichtig ist, mit den anderen Mitgliedern des betreuenden Teams darüber zu beraten, wie für Entlastung gesorgt werden kann.
- Versuchen Sie Schweigen und Stille im Gespräch auszuhalten und geben Sie aufbrechenden Emotionen des Patienten bzw. der Patientin den nötigen Raum, ohne sie vorschnell durch tröstende Worte oder Gesten zu beenden.
- Geben Sie dem Patienten bzw. der Patientin eine Rückmeldung bezüglich seiner/ihrer Gefühle und Bedenken in Bezug auf die Erkrankung und erfragen Sie behutsam Details über sein/ihr Wissen über die Krankheit, Prognose, Tod und Sterben. Patient*innen können eigene Vorstellungen zu zukünftigen physischen und psychischen Belastungen, kognitiven und funktionellen Einbußen sowie zu drohender Abhängigkeit entwickeln. Um angemessen reagieren zu können, ist es hilfreich, dies zu wissen.

Praktische Empfehlungen der OPG

- Ergeben sich Spannungsfelder oder moralische Bedenken innerhalb des Teams, ist eine Ethische Fallbesprechung zu empfehlen (Royal College of Nursing, 2016).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Mag. Thomas Wienerroither

Klinische- & Gesundheitspsychologie, Supervision & Coaching
Klinische Hypnose und Kurztherapie nach Milton Erickson
Zertifizierter Ethikberater im Gesundheitswesen

Praxis:

Puchheimer Straße 33
4800 Attnang-Puchheim

Klinik:

Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck
Dr. Wilhelm-Bock-Straße 1
4840 Vöcklabruck

Kontakt:

Tel.: +43 (0) 699 10 65 10 55
Mail: thwienerroither@gmail.com