

Sehr geehrte Damen und Herren, liebes Vorbereitungsmitglied,  
herzlichen Dank für die Einladung.

Ich möchte Ihnen heute erzählen, vor welche persönlichen Herausforderungen ich mich als Psychotherapeutin gestellt sehe, wenn ein Patient den Wunsch äußert, sterben zu wollen.

Bevor ich zu meinen Ausführungen komme, möchte ich mich und meine Arbeit kurz vorstellen, damit Sie wissen, auf welchem Hintergrund ich meine Erfahrungen sammle:

Ich bin Christiana Muth, 54 J. alt, verh. und Mutter von 2 Kindern. Seit gut 30 J. arbeite ich als Psychologische Psychotherapeutin in der Onkologie, davon die letzten 7 J. in HLW.

HLW ist eine psychoonkologische Einrichtung, die zur Uniklinik Köln gehört und in der meine Kollegen und ich versuchen, krebserkrankte Menschen und ihre Angehörigen zu unterstützen. Dies geschieht mit psychologischen Gesprächen, in manchen Fällen auch mit Psychotherapie, sowie mit kunst-, musik- und bewegungs-therapeutischen Angeboten, sowohl stationär wie ambulant. Wir begleiten die Patienten in allen Phasen ihrer Erkrankung, d.h. von der Diagnosestellung angefangen, über den Behandlungsverlauf hinweg bis hin zur Heilung oder aber auch im Sterbeprozess bis hin zum Tod.

An dieser Stelle sei kurz der Hinweis gegeben, dass es eine enge und gute Zusammenarbeit mit dem MSH gibt, deren Leiter, Herrn Prof. Voltz, Sie gerade kennengelernt haben.

Nun zu meinen Erfahrungen:

Mir ist der Wunsch eines Patienten, sterben zu wollen, in zwei verschiedenen Grundvoraussetzungen begegnet.

1. Als Ausdruck einer akuten Verzweiflung oder
2. Als Ergebnis eines schon länger durchlebten Prozesses, an dessen Ende der Todeswunsch steht

Ersteres hat vielleicht auch schon der ein oder andere von Ihnen selbst erfahren, wenn körperlicher oder seelischer Schmerz als unaushaltbar erlebt werden. Kann dann aber rasch Abhilfe geschaffen werden, ist der Betroffene anschließend froh, seinem Impuls nicht nachgegeben zu haben.

Für unsere heutige Veranstaltung ist die zweite Grundvoraussetzung wohl von größerem Interesse, nämlich wenn der Wunsch, sterben zu wollen, das Ergebnis eines längeren Prozesses darstellt und wiederholt mit großer Ernsthaftigkeit geäußert wird.

Ich möchte Ihnen gerne am Beispiel von 3 Patienten veranschaulichen, mit welchen Phänomenen und Fragestellungen ich mich als Psychotherapeutin angesichts der Todeswünsche der Patienten konfrontiert und herausgefordert sehe:

Der 1. Patient, von dem ich Ihnen berichte, ist Herr W., 42 J. alt, ledig und kinderlos. Er ist an einem fortgeschrittenen Lungen- Ca. erkrankt, was von den Ärzten als unheilbar eingestuft wird. Er wird bei einem niedergelassenen Onkologen behandelt. Aktuell leidet er sehr unter Schmerzen und Luftnot.

Herr W. kommt zusammen mit seiner Schwester in das HLW, da diese von unserer Einrichtung gehört hat und selbst sehr beunruhigt ist, weil ihr Bruder wiederholt darum bittet, Kontakt in die Schweiz aufzunehmen, damit er rechtzeitig seinem Leben ein Ende setzen oder setzen lassen kann.

In unserem Gespräch wird deutlich, dass Herr W. Angst davor hat, dass seine Schmerzen noch schlimmer und er noch luftnötiger werden könnte. Außerdem erfahre ich, dass er nur unzureichend Kenntnisse von palliativmedizinischen Möglichkeiten hat und noch nichts von einem ambulanten Palliativdienst gehört hat, die ihm helfen können, seine Not zu lindern. Ich vermittele ihm daraufhin den Kontakt zum MSH und verabschiede einen erleichterten Herrn W., der „ja nur menschenwürdig sterben will“.

An diesem ersten Beispiel wird das wohl bekannteste Motiv für den Wunsch, sterben zu wollen, deutlich, nämlich eine körperlich schwer aushaltbare Situation, vor deren Verschlimmerung sich der Patient fürchtet und die er daher rechtzeitig mit dem Tod beenden möchte.

Es wird aber auch noch etwas anderes deutlich, nämlich ein Teufelskreis, in dem Herr W. sich befindet: seine Unkenntnis über hilfreiche Möglichkeiten lässt in ihm das Gefühl der Hilflosigkeit wachsen, die dann wiederum seine Angst generiert. Da Angst bekanntlich etwas mit „Enge“ zu tun hat, werden so auch von der psychischen Seite her seine körperlichen Symptome verstärkt.

Die Bedeutung und der Einfluss der Psyche bringen mich zum 2. Beispiel, was ich Ihnen vorstellen möchte:

Es geht um die 60jährige Frau L., verwitwet und Mutter von 3 erwachsenen Kindern. Sie ist an einer akuten Leukämie erkrankt, und wurde auf der von mir betreuten Station in der Uniklinik behandelt.

Das Pflegepersonal hatte mich gebeten, Frau G. zu besuchen, da sie wiederholt geäußert hatte, nicht mehr leben zu wollen. Alle nahmen an, es hinge mit der Intensität der Behandlung zusammen, die sie mehrfach beklagt hatte.

Im Gespräch mit Frau G. erfahre ich, dass ihr eigentliches Leid der Tod ihres Mannes vor gut einem Jahr ist. Seither sei ihr Leben im wahrsten Sinne des Wortes „nur die Hälfte wert“ und sie sehe keinen Sinn darin, diese intensive Behandlung über sich ergehen zu lassen, sondern wolle lieber durch den Tod bei ihm sein. In weiteren Gesprächen gelingt es uns aber miteinander, neben der Todes- Sehnsucht auch noch einmal ihren Lebenswillen zu entfachen, der sich vor allem auf ein Weiterleben mit ihren Kindern bezieht.

An diesem 2. Beispiel wird deutlich, wie wichtig es ist, den genauen Hintergrund des Todeswunsches zu erfragen. Es kann auch seelisches Leid sein, das den Wunsch motiviert und wie im Beispiel von Frau L. noch nicht einmal mit den Folgen der körperlichen Erkrankung in Zusammenhang stehen muss.

Nachdem bislang die körperliche und die seelische Ebene unseres Menschseins als Einflussgröße auf den Sterbewunsch betrachtet wurde, möchte ich nun als 3. und letztes Beispiel noch den Einfluss des Geistes bzw. der geistigen Haltung auf den Todeswunsch beschreiben.

Herr S. ist ein 54jähriger Mann, verheiratet und kinderlos. Er ist an einem fortgeschrittenen Darm- Ca. erkrankt. Ich lerne ihn 2 Tage vor seiner Op. auf der Station kennen. Er sagt mir ohne lange Vorreden, dass er, wenn er mit einem künstlichen Darmausgang aufwachen würde, er in absehbarer Zeit seinem Leben selbst ein Ende setzen würde. Er sei immer ein sportlicher und gutaussehender Mann gewesen, ein künstlicher Darmausgang komme für ihn einer Verstümmelung gleich. Bei meinen genaueren Nachfragen erfahre ich, dass Herr S. auch immer ein relativ selbstbestimmter Mensch war, ein mittelständisches Unternehmen leitet und seine Freiheit und Selbstbestimmung behalten will. „Kontrollverlust“ komme für ihn schon dem Tode gleich, dann könne er ihn auch selbst in die Hand nehmen.

Am Beispiel von Herrn S. wird deutlich, welche große Rolle die geistige Haltung beim Sterbewunsch spielt, wie individuell interpretiert wird, was als „würdevolles“ Leben zu bezeichnen ist, und dass das Kontrollbedürfnis für manche Menschen das höchste Gut ist.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, den genauen Prozess zu beschreiben, der nach der Op. eingesetzt hat, so dass Herr S. trotz eines künstlichen Darmausganges doch noch leben wollte.

Nur so viel ganz allgemein dazu: Bewertungen, geistige Grundhaltungen und Wertorientierungen können sich ändern, besonders dann, wenn wir Menschen tief berührt werden. Dies kann auch durch eine echte Begegnung in der therapeutischen Beziehung geschehen.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass die Herausforderung in einem an mich oder in meiner Gegenwart geäußerten Sterbewunsch darin liegt, den Patienten als Menschen in seiner Ganzheitlichkeit zu erfassen und herauszufinden, auf welcher der 3 Ebenen von Körper, Geist und Seele er leidet. Und dann ist es wichtig, dass auch ich als Behandlerin für den Patienten in meiner Ganzheitlichkeit wahrnehmbar und spürbar bin, so dass echte Begegnung möglich wird.

Die Beispiele haben hoffentlich ansatzweise die Vielschichtigkeit des Leids und Leidens gezeigt. Es lohnt sich immer, einen Blick hinter die Offensichtlichkeit zu werfen.

Was z.B. auch offensichtlich werden kann, wofür ich aber kein explizites Beispiel gebracht habe, ist die Erkenntnis einer als negativ bewerteten Lebensbilanz eines Menschen und/oder auch unbearbeitete Lebensthemen, deretwegen sich dieser Mensch lieber den Tod als das Weiterleben wünscht.

Eine zweite Herausforderung in der Arbeit mit den Patienten liegt dann darin, mit ihnen zusammen einen Weg der Linderung von Angst, Schmerz und des Erlebens von Kontrollverlust zu finden. Diese Linderung kann manchmal schon dadurch geschehen, dass sich der Patient einfach nur mit seinen tiefsten Anliegen verstanden fühlt.

Jemand hat einmal gesagt, Verständnis sei die kleine Schwester der Liebe. Dem habe ich nichts mehr hinzuzufügen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!