

Psychotherapie bei Wunsch nach assistiertem Suizid¹

Reinhard Lindner

Je mehr wir uns dem Tode nähern, umso größer wird unser Entwicklungspotential
(Plotin um 250 nach Chr.)

Zusammenfassung

Psychotherapie bei Wunsch nach assistiertem Suizid ist selten. Dabei weist der Wunsch nach assistiertem Suizid auf ein interaktionelles Geschehen hin, in welchem zentrale Konflikte der suizidalen Person Ausdruck finden können. Ausgehend von psychoanalytischen Konzepten des Sterbens wird hier die These vertreten, dass sich gerade beim Wunsch nach assistiertem Suizid intrapsychische Konfliktthemen um Bindung und Verlassen-Sein in der Beziehung zwischen dem Suizidalen und dem Professionellen aktualisieren können. Anhand einer Kasuistik der psychodynamischen Psychotherapie einer 94-jährigen multimorbiden und sterbenden geriatrischen Patientin mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid wird eine mögliche Psychodynamik des assistierten Suizids formuliert und abschließend Fragen der psychotherapeutischen Haltung diskutiert.

Schlüsselworte: Assistierter Suizid, Lebensende, Sterben, Psychoanalyse

Psychotherapy for the wish for assisted suicide

Abstract

Psychotherapy for assisted suicide is rare. The desire for assisted suicide points to an interactional pattern in which central conflicts of the suicidal person can find their expression. Based on psychoanalytic concepts of dying, it is argued that precisely in the desire for assisted suicide intrapsychic conflicts between attachment and abandonment are reactualized between the suicidal and the professional. On the basis of a case report of a psychodynamic psychotherapy with a 94-year-old multimorbid and dying geriatric patient with a desire for assisted suicide, one possible psychodynamic hypothesis of assisted suicide is formulated and finally questions of the psychotherapeutic attitude are discussed.

Key words: Assisted suicide, end of life, dying, psychoanalysis

Der Wunsch nach assistiertem Suizid

Viele unheilbar Erkrankte wünschen sich, mit ihren Ärzten über ihre Krankheit und deren Folgen für sie, ihr Leben und ihre Beziehungen sprechen zu können, beispielsweise über Aspekte der Krankheitsprogression, der Vorsorgeplanungen, über Tod und Sterben oder auch Sterbewünsche (Lipsman et al. 2007; Buecken et al. 2012; Golla et al. 2016). Dabei empfinden sie es als entlastend, über einen Wunsch, beschleunigt versterben zu wollen, sprechen zu dürfen, ohne direkt fürchten zu müssen, als psychiatrisch krank eingestuft und in psychiatrische Behandlung verlegt zu werden (Golla et al. 2016). Oftmals fühlen sie sich mit ihrem Wunsch nach beschleunigtem Todeseintritt gerade von ihren Ärzten alleingelassen; am ehesten sind es Angehörige, die mit dem Wunsch nach Unterstützung beim Suizid konfrontiert werden (Pasman et al. 2013; Lindner et al. 2014). Angehörige wiederum können in erhebliche Konflikte zwischen ihrem Wunsch geraten, die nahen, den Tod wünschenden Menschen zu verlieren und dem Wunsch, den leidenden Angehörigen zu helfen (Stutzki et al. 2014). Nicht zuletzt geraten Angehörige unheilbar Kranker in diesem konflikthaften Erleben manchmal auch selbst so massiv in Kontakt mit Verlustängsten, dass sie auch den Wunsch entwickeln können, bald zu sterben (Whitehead et al. 2012).

Dass Nachdenken, Gespräch und Kommunikation über Wünsche nach baldigem Sterben, nach aktiver Förderung des Sterbeprozesses und nach assistiertem Suizid auch zu entsprechendem Handeln der Beteiligten führen, zeigt der Befund in Ländern, in denen Tötung auf Verlangen bzw. assistierter Suizid erlaubt ist: Dort sterben bis zu 5% der Menschen auf diese Weise (Steck et al. 2007; Rodin et al. 2014).

Diese Daten weisen auf einen zentralen interaktionellen Aspekt hin, der dem Suizid im allgemeinen, jedoch besonders dem assistierten Suizid zu eigen ist. In der Assistenz zum selbst gewählten und herbeigeführten Tod wird eine hochambivalente Beziehungsdynamik deutlich: der Wunsch nach Hilfe und Unterstützung in exis-

tentiellen Fragen und der Wunsch nach Selbstbestimmung über eben diese konflikthafte Themen bezüglich Leben und Sterben. Das Gefühl, allein gelassen zu werden, und der Wunsch, aus Bindungen zu gehen, können im assistierten Suizid eine symptomatische Einheit eingehen.

Es ist in dieser Hinsicht dann erstaunlich, dass die Indikation zur Psychotherapie in dieser Situation kaum gestellt wird, denn Psychotherapie, besonders die auf der Psychoanalyse basierende Psychotherapie, erfasst und benennt den Menschen als konflikthafte Wesen und versucht, Spielräume für Entwicklung zu schaffen. Die gesetzlich legitimierten Prozeduren zur Suizidassistenz in der Schweiz, in Belgien und auch in entsprechenden Gesetzesvorschlägen aus Deutschland (Borasio et al. 2014) machen zwar Vorgaben zu Beratung und Information der Sterbewilligen (Bentheim et al. 2017), die Bedingungen sind aber derart formalisiert, dass von einer psychotherapeutischen Behandlung nicht die Rede sein kann. Dabei gibt es durchaus Erfahrungen und psychodynamische Konzepte in der Psychotherapie in Todesnähe, wohl aber wenig Erfahrungen mit der Psychotherapie bei Wunsch nach assistiertem Suizid.

Psychotherapie angesichts des Todes

Die psychologische Thanatologie, wie auch die Praxis der psychologischen und allgemein-psychotherapeutischen Begleitung Sterbender (Trachsel et al. 2016), die Psychoonkologie (Schulz-Kindermann et al. 2016), die Palliativmedizin und die Palliative Care (Wiesli 2016), die Geriatrie (Remmers 2014), die Gerontopsychiatrie (Perrar et al. 2016) und die jungianische Thanatopsychanalyse (Vogel 2012) sind mittlerweile zu einem breiten Korpus an Erkenntnissen über psychische Prozesse im Sterben und ihre Behandlung angewachsen.

Psychoanalytische Autoren und Kliniker haben sich sowohl mit der psychodynamisch-psychotherapeutischen Behandlung Sterbender als auch Suizidgefährdeter seit Beginn der Psychoanalyse befasst (Lindner 2017). Im Rückgriff auf Canetti (2014), der sich zeitlebens mit dem Protest gegen das Skandalon des Todes auseinandersetzte präzisiert Teising: „Der Skandal eines passiven, hilflosen Sterbenmüssens scheint nicht mehr tolerabel“ (Teising 2017, S. 52). Er kritisiert damit eine gesellschaftliche Entwicklung, in der die Bindungen des Menschen sowohl in zwischenmenschlichen Beziehungen als auch in internalisierten Objektbeziehungen in den Hintergrund treten. Anzuerkennen, dass das Sterbenmüssen, aber auch das konkrete Sterben nicht nur ein An-

stoß zu Ärger und Protest, sondern auch ein Leiden ist, das anerkannt, aber nicht „wegtherapiert“ werden kann, ist eine bittere Wahrheit, zu der die Psychoanalyse verhilft.

Michel de M'Uzan (1977) sieht in der terminalen Phase zwei zentrale Charakteristika zum Ausdruck kommen: eine libidinöse Expansion wie auch eine Intensivierung des Bedürfnisses nach Beziehungen. Daraus folge für den Therapeuten, sich dem Patienten in besonderer, absoluter Weise zur Verfügung zu stellen. Die psychoanalytische Haltung könnte den Patienten vor der katastrophalen Erfahrung des Objektverlusts im Sterben bewahren. Die Inszenierung einer existentiellen Begegnung im analytischen Prozess mit Sterbenden kann auch, nach Lazar (2012) in der Terminologie Bions, als definitorisch letztlich nicht fassbare Erfahrung einer „ultimativen Wahrheit“ verstanden werden.

Neuere bindungstheoretische Ansätze versuchen von einer Diagnostik vorherrschender Bindungsstile ausgehend die professionelle Begleitung Sterbender gerade dann zu verbessern, wenn die Kommunikation aufgrund persönlichkeitsimmanenter interaktioneller Probleme eingeschränkt ist (Petersen et al. 2016). Ziel ist dabei eine möglichst sichere und stabile Bindung im Prozess des Sterbens, indem auf die unterschiedlichen Bindungsbedürfnisse spezifisch eingegangen wird, soweit, dass in diesem Prozess auch noch neue, vertrauensvollere Beziehungserfahrungen möglich werden. Allerdings besteht bei schwereren Bindungsstörungen wie beim desorganisierten Bindungstyp die Schwierigkeit, eben gerade angesichts der Herausforderungen des Sterbens an komplexe Bindungs- und Ent-Bindungsprozesse keine Verlässlichkeit und Halt gebenden Beziehungen gestalten zu können, sondern die dysfunktionalen Beziehungsmuster auch in dieser Lebensphase erneut zu wiederholen (vergl. hierzu Lindner et al. 2012).

Psychotherapie bei Wunsch nach assistiertem Suizid

Hier soll die These vertreten werden, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid vielfältige psychodynamische Hintergründe haben kann. Anhand einer Kasuistik wird einer der möglichen Hintergründe herausgegriffen und beschrieben. Das Ziel dieser Kasuistik ist, ausgehend von de M'Uzans Konzeption zu beschreiben, wie der Wunsch nach assistiertem Suizid gerade in der Lebenssituation des herannahenden Todes Ausdruck eines Bedürfnisses nach existentiell Austausch über zentrale Fragen des individuellen Lebens, über die individuellen, bisher nicht lösbaren Konfliktthemen sein kann. Diese

Konflikte sind eng mit der individuellen Lebensgeschichte, d. h. der Geschichte zentraler Beziehungserfahrungen und unbewältigter Entwicklungsanforderungen verbunden. Aus einer psychodynamischen Perspektive tritt Suizidalität auf, wenn gewisse auslösende Ereignisse, z.B. die Verluste an Eigenständigkeit und die Veränderungen im Selbsterleben aufgrund von Krankheit am Ende des Lebens lebenslange, belastende Muster der Erfahrungen in Beziehungen und der darin enthaltenen Vorstellungen über sich selbst und andere wiederbeleben. Dies führt, gerade im Konfliktfeld von Abhängigkeit und Autonomie dann zu einer zunehmenden druckvollen Belastungserfahrung; einem Druck, der den Handlungsdruck in Richtung auf suizidale Phantasien auf der einen Seite und dem Wunsch nach Begleitung und Verbindung auf der anderen Seite stark befördern kann (Lindner 2006). Diese konflikthafte innere Situation kann sich gerade im Wunsch nach assistiertem Suizid manifestieren, weil hier zwei Aspekte eine Allianz bilden können: Der Wunsch, nicht qualvoll, langsam und ohne Einflussnahme sterben zu müssen, und der Wunsch nach Begleitung.

Die Kenntnis dieser Dynamiken eröffnet Möglichkeiten der Behandlung. Es bedarf also der Entschlüsselung der zum Teil vehement und bedrängend hervorgebrachten suizidalen Äußerungen und einer psychotherapeutischen Begegnung und Begleitung des Patienten.

Kasuistik²

Der folgende Behandlungsbericht der Kurzpsychotherapie einer 94jährigen Patientin, von Beruf Redakteurin, über ein Vierteljahr soll Aufschluss darüber geben, welche interpersonellen und intrapsychischen Prozesse angesichts des Wunsches nach assistiertem Suizid angesprochen und psychotherapeutisch gefördert werden konnten.

Fr. W. lebte bis vor einem Jahr noch selbstständig in einem betreuten Wohnen, als sie nach mehreren Stürzen, einer Oberarmfraktur, mehrfachen Lungenembolien, einer fortschreitenden Maculadegeneration und häufiger Übelkeit und Erbrechen in ein Frailty-Syndrom rutschte. Es folgten mehrere Krankenhausaufenthalte, die diese Gebrechlichkeit verstärkten und eine Einweisung in die Geriatrie durch den Hausarzt. Die Haupterkrankung war eine Herzinsuffizienz bei Bluthochdruck, allerdings bei recht guter systolischer Funktion der linken Kammer. Ein Sohn der Patientin lebte in München, die Schwiegertochter in Hamburg. Die psychotherapeutischen Gespräche fanden zunächst im Rahmen eines

gerontopsychosomatischen Konsil-/Liaisondienstes in einer geriatrischen Klinik statt (Lindner et al. 2014), somit im Rahmen einer stationären klinischen Krankenhausbehandlung, in der der Konsiliar auch „ärztlich“, d.h. mit weißem Kittel auftrat und die Patientin im Bett lag. Später verlagerte sich die Behandlung in verschiedene Räume des unmittelbar an das Krankenhaus angelegten Pflegeheimes. Hier besuchte der Psychotherapeut die Patientin in mehreren Zimmern, die immer mehr, durch ihre Möbel auch zu „ihrem“ Zimmer wurden. Die Gespräche fanden immer allein, ohne weitere Zuhörer statt.

Im ersten Gespräch, das auf Bitten der Schwiegertochter stattfand, klagte sie über die Sehbehinderung, wodurch sie sehr auf fremde Hilfe angewiesen sei und sehr unter unfreundlicher oder barscher Ansprache leide. Die Erkrankungen der letzten eineinhalb Jahre hätten sie aus einem aktiven hochaltrigen Leben gerissen, aus intensivem Bridge-Spiel auf Turnierebene. Jetzt habe sie sich, dies beschämend erlebend, wieder in einem Anfänger-Kurs angemeldet, durch die Krankenhausaufenthalte könne sie auch daran nicht teilnehmen. Im Grunde befände sie sich seit eineinhalb Jahren in einem „Todeskampf“. Zugleich sprach sie davon, genau vor diesem herannahenden „Kampf“ große Angst zu haben.

Wie auch zuvor die aufnehmende Ärztin, den hinzugezogenen geriatrischen Oberarzt und einige Pflegenden sprach sie mich (RL) direkt an mit der Frage, ob ich ihr durch die Gabe eines Medikamentes die Möglichkeit geben könnte, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Bekäme sie so etwas hingestellt, sie würde es ohne Zaudern zu sich nehmen. Ich sprach an, dass ich gern die Hintergründe dieses Wunsches verstehen wolle.

Ich erfuhr *zunächst* von einer „guten Kindheit“ und es entstand oberflächlich der Eindruck eines gediegenen, beschützten bürgerlichen Lebens: Sohn und Schwiegertochter, wiewohl nicht zusammenlebend, kümmerten sich „rührend“. Dann aber wurden Brüche und Einschränkungen dieses Idealbildes deutlich: Der Vater sei hoch autoritär gewesen, habe sie von der Welt weggesperrt. Diese Weltfremdheit, insbesondere die fehlende Aufklärung, habe dazu geführt, dass sie schon mit Anfang 20 Mutter gewesen sei. Mit dem Vater, dem ersten Ehemann habe sie „überhaupt nicht zusammengepasst“. Nach der Scheidung habe sie sich „keine Zeit gelassen“ und sofort einen prügeln Alkoholiker geheiratet, der nicht zahlte, sodass sie plötzlich wohnungslos mit zwei kleinen Kindern dastand. Auch eine dritte Ehe

sei sehr schwierig verlaufen. Im Grunde, so schilderte sie, habe sie nur einmal sieben Jahre lang eine „große Liebe“ erlebt, diesen Mann dann mit Lungenemphysem zu Tode pflegen müssen.

In den folgenden vier Gesprächen berichtete sie mehr von den verschiedenen Beziehungen. Dabei wurde deutlich, dass sie leicht auf der Suche nach idealen, wunderbaren Menschen war, der „Engel“ für den Mann sein wollte, sich oftmals aber hilflos ausgeliefert fühlte. Hier entstand eine Situation, in der sie sich auf Station mit den Schwestern wohler fühlte und mich auch idealisierend als „wunderbaren Zuhörer“ empfand. Man könnte von einer „Engel in Weiß-Übertragung“ sprechen. Im Gespräch zog ich eine Parallele zwischen ihrer Erfahrung von Ohnmacht in ihren Liebesbeziehungen und der aktuellen Hilflosigkeitserfahrung und fragte sie, ob sie auch jetzt ähnlich, wie schon früher befürchte, bösartiger Behandlung ausgesetzt zu sein. Sie sprach offen von ihrem Todeswunsch, im Wesentlichen, weil sie sich so eingeschränkt, schwach, ungepflegt und abhängig fühle. Ich antwortete, dass die letzte Phase ihres Lebens begonnen habe. Damit wollte ich den Realitätsgehalt ihres Sprechens über das Sterben anerkennen.

Frau W. wurde in das Pflegeheim unseres Trägers direkt neben dem Krankenhaus entlassen. Ich kam zunächst wöchentlich zu ihr. Sie war unglücklich, hatte Angst zu ersticken und es musste über einige Tage erst mal eine ausreichende Medikation an Opiaten und Lorazepam gefunden werden. Mit den Schwestern kam es zu Feindseligkeiten. Sie sagte mehrfach und über Wochen hinweg, ihr Herz sei so schwer, sie fühle sich so würdelos und wolle so gern sterben. Körperliche Schmerzen habe sie nicht, wohl aber ein Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Zugleich aber erfuhr ich, dass sie ihren Sohn häufig anrief, er war meist erreichbar. Die Schwestern erlebten sie als gierig und fordernd, grenzten sich manchmal ab. Die Tatsache, dass der Psychotherapeut kommt, führte im Personal zu der wohl neidischen Vorstellung, es gäbe doch viel kränkere Patienten und warum ich gerade diese Patientin aufsuche. Auf Betreiben der Kinder wurde Frau W. dann auf eine andere Station verlegt und zwar in ein schönes Einzelzimmer, das aber als Sterbezimmer dient. Hier kam es über die nächsten Wochen zu einer langsamen Veränderung: So wurde sie aktiver, organisierte sich einen Hals-Nasen-Ohrenarzt am Bett, machte damit Erfahrungen von Effektivität. Nach sechs Wochen wurde sie erneut verlegt, diesmal in ein Einzelzimmer einer Pflegestation mit eigenen Möbeln, die nach und nach geliefert wurden. Sie wollte

mehr darüber sprechen, dass sie ja „zufrieden sein muss“, ich aber sprach auch immer wieder „das Schwierige“ an, z.B. mit nur so wenig eigenen Dingen weiterzuleben. Neu in unserer Unterhaltung war, dass sie mir präzise von bestimmten Menschen auf der Station berichtete, die sie mag oder nicht mag. So redeten wir über ihre Art, in ihrem Leben mit Konflikten umzugehen und sie sprach – hier wieder die Sehnsucht nach einer heilen Welt andeutend – sie habe immer viel auf Harmonie und gutes Auskommen gesetzt, auf Höflichkeit und gute Façon. Wir sprachen über ihre aktuellen Erwartungen. Erst meinte sie, da sei nichts mehr, dann ging es doch um ihre Bridge-Karten.

Drei Wochen später, ich war im Skiurlaub gewesen, traf ich sie beim Blumengießen an. Wir sprachen über die enormen Veränderungen, die sie durchlebe: sie habe so abgenommen, das Essen schmecke nicht mehr. Sie bedauerte sehr ihre „Hilflosigkeit“ und meinte damit wohl ihre Einflussarmut und ihr Ausgeliefert-Sein an die Helfer. Sie sah aber auch, dass sie eben nicht alles bekommen könne, was sie sich wünscht. Es kam zu einem „Staunen“ von uns Beiden, dass sie nicht gestorben ist, zu einer gewissen Zufriedenheit, was sie alles kann und zugleich zu einer Freude, wenn sie sich abends hinlegen kann um einzuschlafen.

10 Tage später stürzte sie abends, zog sich eine Schenkelhalsfraktur zu und wurde, trotz des kritischen Allgemeinzustands, mit einem Nagel versorgt. Als ich sie wieder in ihrem Zimmer besuchte lag sie im Bett mit deutlicher Ruhedyspnoe, die Herzschwäche hatte zugenommen. Sie trank gierig einen Orangensaft. Die Leute, so sagte sie, seien so unsicher, das mache ihr zu schaffen. Sie wolle nicht mehr leben, wisse nicht, warum sie noch lebe. Ich sagte, das wisse ich auch nicht. Sie antwortete, sie wolle die Augen schließen. Ich sagte, das dürfe sie tun. Sie fragte mich dann, ob ich wisse, wie das geht, zu sterben. Ich sagte ihr, ich wisse das schon, wenn man nicht mehr isst und kaum noch trinkt, dann stürbe man in ihrer Lage innerhalb von 14 Tagen. Aber gerade als wir darüber sprachen, griff sie zu den bereitstehenden Schnabelbechern, trank und ich sagte ihr, es gäbe wohl etwas, was sie an das Leben noch binde. Sie wünschte, dass ich diese Worte wiederholte, was ich auch tat. Daraufhin meinte sie, ich könne ja nicht mehr lange hierbleiben. Wir verabschiedeten uns auf in ein paar Tagen. Sie sagte: „Leben Sie wohl, erst mal“ und dankte mir. Drei Tage später lag sie schlafend im Bett, ohne Zähne. Ich setzte mich erst mal dazu und nahm vorsichtig ihre Hand. Sie erwachte, die Dyspnoe wurde

merklich stärker. Sie war unruhig, suchte ihre Prothese, es war ihr wohl peinlich, so mit mir zu sprechen. Sie nahm etwas von den Getränken, Kaffee – „Hm, es ist eine Lust den Kaschmir zu trinken“, sagte sie und griff sich an den Hals, offenbar einen Kaschmirschal suchend. „Es ist ein merkwürdiger Zustand“ sagte sie, warum sie das Leben so erfahren müsse, warum ihr Herz noch schlage? Ich erlebte keinen direkten Aufruf zu handeln. Ich sagte ihr, offenbar gäbe es da noch etwas, das sie an das Leben binde, die Scham, der Ärger, der Geschmack von Kaffee...

Drei Tage später starb Frau W. in der Nacht. Ich (RL) verblieb auf eine sanfte Art traurig, als hätte sich in mir etwas gelöst.

Psychodynamische Überlegungen

Frau W. geriet wohl sehr schnell in eine Übertragungsbeziehung, in der sie ihrem eventuell lebenslangen Beziehungsmuster folgte, der Engel für einen Mann sein zu wollen, indem sie ihn, in diesem Falle den Therapeuten, (RL) zu ihrem Engel macht, eine Inszenierung einer Idealisierung bei gleichzeitiger Furcht vor Enttäuschung und Entwertung. Es galt, diese Übertragung im Sinne einer „Verstrickung“ (Klüwer 2000) auf- und anzunehmen. Dies allerdings nicht, indem ihr voll und ganz entsprochen wurde, sondern indem, durchaus unabhängig bleibend, zunächst die Realität des bevorstehenden Sterbens anerkannt und angesprochen wurde. Damit wurde es für sie auch nicht nötig, auf diesen Tatbestand immer wieder drängend hinzuweisen, d.h. mit Wünschen nach sofortiger Sterbehilfe durch den Therapeuten.

Frau W. geriet nach Verlegung in das Pflegeheim, genauer in das Sterbezimmer, in eine konflikthafte Situation, einerseits Ohnmacht und Hilflosigkeit zu erleben, andererseits aber in Beziehungen aktiv zu werden, sich Hilfe zu organisieren, Menschen für sich zu gewinnen, jedoch auch Menschen gegen sich aufzubringen. Dies wurde direkt für den Therapeuten erlebbar in der neidischen Reaktion der Professionellen auf seine Besuche bei ihr. Zu überlegen ist auch, ob die Pflegenden einen aggressiven Anteil der Kommunikation zwischen Patientin und Therapeut übernahmen, weil dieser nicht ausreichend gedeutet wurde, ausgedrückt in dem initial drängenden Wunsch der Patientin, vom Therapeuten ein tödliches Mittel zu erhalten, obwohl er ihr dieses Mittel nicht geben wollte. Die Annahme der Idealisierung einerseits, die Ansprache unangenehmer, aber realistischer Themen andererseits wird wohl Frau W.s Möglichkeiten gefördert haben, ihre Umwelt, nun in dem neuen Pflegezimmer auch realistischer zu beurtei-

len. Dies führte offenbar zu einer gemeinsamen Haltung des „Stauens“ über die verbliebene Zeit, die nach Sturz, Schenkelhalsfraktur und Verschlechterung der Herzinsuffizienz in die direkte Phase des Sterbens mündete. Wieder kam die Frage auf, wie denn gestorben werden kann. Aber anders als zu Beginn nicht verknüpft mit einer imperativen Bitte um Suizidassistenz ließ sich diese Frage verhandeln: Zum einen, indem die Todesnähe direkt angesprochen wurde, zum anderen aber, indem auch die gemeinsamen konkreten Handlungen szenisch verstanden wurden. Die Handlungen am Bett erscheinen als Zeichen ihrer Bindung an das Leben, die immer konkreter, immer lebensnaher wurden: Der Orangensaft, der Kaffee, der Kaschmirschal, auch die Scham, ohne Zähne zu sprechen.

Hier in diesem Fall scheint es möglich gewesen zu sein, den dynamischen Sinngehalt des Wunsches nach assistiertem Suizid zu erfassen und mehr in der Haltung als in einer Deutung auf den Kern hin zu führen: Dass es notwendig wurde, die Bindungen an das Leben zu lösen.

Die psychotherapeutische Haltung angesichts des Wunsches nach assistiertem Suizid basiert auf der Grundauffassung, alle Äußerungen des Patienten auf- und ernst zu nehmen. Allerdings sind sie nicht Wahrheiten und Aufträge per se, sondern bedürfen der Untersuchung, der Entschlüsselung, des Verstehens. Der Prozess des Verstehens beinhaltet einerseits die Identifikation, ohne die gar kein Zugang zum Patienten möglich wäre, aber damit untrennbar verbunden auch der distanzierenden Überlegung, was der Patient oder die Patientin mehr oder weniger unbewusst mit dem Ausgesprochenen gemeint haben könnte (Stuhr 1993; Scharfetter 1996; Lindner 2006). Die Kunst des Psychotherapeuten besteht dann darin, diese Inhalte dem Patienten auf verträgliche Weise zu vermitteln, damit neue Optionen des Erlebens und Handelns möglich werden.

Ist dies nun ein Privileg der Psychotherapeuten, die nicht handeln müssen, sondern deren Handeln im aushaltenden Nachdenken liegt? Ich wage dies zu bezweifeln und halte diese zugleich identifizierende und distanzierende Haltung für eine ärztliche Grundhaltung per se, sogar, wenn das Verstehen nur Sekunden braucht und der Arzt, z.B. in einem Notfall, sofort handelt. Der Arzt – und mit dieser idealtypischen Bezeichnung sind andere Professionelle des Gesundheitswesens mit eingeschlossen – ist kein Dienstleister, der die Wünsche des Patienten möglichst so erfüllt, wie der Patient es gesagt hat, sondern er (natürlich auch sie, die Ärztin)

bringt sich, sein Wissen, seine Intuition und auch seine unbewussten Beziehungsmuster in die Kommunikation mit dem Patienten ein (Gross et al. 1997). Dies hat zur Folge, dass das eigene Erkennen und auch das Handeln immer auch etwas Vages beinhaltet (Braude 2012). Es bleibt die Möglichkeit, dass die Gründe und Hintergründe des aktuellen Erlebens auch ganz anders liegen.

Diese Kasuistik zeigt aber auch deutlich, dass es notwendig ist, die Machtverhältnisse zwischen Patient und Therapeut genau zu reflektieren. Die Patientin hatte nicht nach einer Psychotherapie gefragt, sie wurde, wie im Krankenhaus üblich, mit dem Kontaktangebot des Psychotherapeuten konfrontiert, wiewohl sie damit sehr einverstanden war. Die therapeutische Beziehung ist, besonders zu Beginn als asymmetrisch zu bezeichnen (Schöpf 2014). Sie entspricht aufgrund ihres Settings innerhalb der somatischen Medizin einer derartigen asymmetrischen Beziehung, in der der Wunsch und die Möglichkeit zu verstehen, zunächst ganz beim Therapeuten lag. Der Diskurs über Symmetrie und Asymmetrie psychotherapeutischer Beziehungen, d.h. die Deutungshoheit, wie auch die „Augenhöhe“ zwischen Patient und Therapeut ist gerade im psychoanalytischen Kontext, der unbewusste Übertragungsmuster reflektiert, nicht entschieden und bleibt anderen Untersuchungen vorbehalten.

Ist diese psychotherapeutische Haltung nun ein Ausdruck einer aktiven Fürsorge, wie sie im psychiatrischen Diskurs zunehmend kritisch gesehen und nur in seltenen hoch akuten suizidalen Zuspitzungen für angemessen erachtet wird? In solchen krisenhaften Zuspitzungen ist das Gleichgewicht zwischen Autonomie und „schützenden Therapiemaßnahmen“ (Garlipp 2008, S. 287), verbunden mit einem aktiven, die Person und Handlungsfähigkeit des Therapeuten direkt benennenden Vorgehen des Verhandelns sicherer Strukturen, immer wieder zu erarbeiten (Maris et al. 2000).

Der weniger hoch akuten suizidalen Situation des Wunsches nach assistiertem Suizid steht die psychoanalytische Grundannahme zur Seite, dass der Therapeut sich nicht im Besitz einer Deutungshoheit über den Patienten wännen darf, sondern immer selbst auch offen bleiben muss für neue Erkenntnisse mit dem und über den Patienten (Bion 1967). Ob diese Haltung in jeder suizidalen Situation anwendbar ist, ist fraglich. In der Situation eines zunächst drängenden Wunsches an den Therapeuten, der nicht erfüllt wird, jedoch etwas anderes, nämlich eine kontinuierliche, nachdenkende Bezie-

hung angeboten wird, ist diese Haltung aber in der Regel anzustreben und möglich.

Es bleibt auch die Möglichkeit, dass die Suche nach Minderung des Leidens und nach Verstehen des Wunsches, „assistiert von eigener Hand zu sterben“ noch eine neue und andere Lösung bringt, als die aktuell erkannte. Bezogen auf den Suizid, auch den Wunsch nach assistiertem Suizid bedeutet dies, den geäußerten Wunsch nicht einfach als „Hilferuf“ zu verstehen, sondern als eine Aufforderung, neben der medizinischen Leidensminderung die dem Patienten unbekanntem Hintergründe zu erfassen und mit ihm darüber ins Gespräch zu kommen. Ein Verstehen gelingt nur, wenn nicht nur die aktuelle Anamnese, die medizinische Situation, auch nicht nur die psychosoziale Situation bekannt wurde, sondern auch das Beziehungsangebot „assistierter Suizid“ mit seinen bewussten und unbewussten, konflikthaften Funktionen einschließlich des Verstrickungspotentials suizidaler Interaktionen erkannt und dem Patienten in verdaulicher Weise zugänglich gemacht wurde. Dies ist nur möglich, wenn der vorgetragene Wunsch nicht erfüllt wird, sondern eine Alternative entwickelt wird, die den Sinngehalt des Wunsches berührt – getreu der zentralen medizinischen Maxime, dass Therapie nicht bedeutet, den Wunsch des Patienten einfach zu erfüllen, sondern das medizinisch Angemessene zu tun, um dem Patienten zu helfen.

¹Überarbeitete Fassung von Vorträgen auf der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention 2017, Hamburg, und dem WPA XVII World Congress of Psychiatry 2017, Berlin. Der Autor dankt den Diskutanten der Vorträge für ihre weiterführenden Hinweise.

²Die Kasuistik wurde bei Lindner (2017) unter dem Aspekt der Psychotherapie als *ars moriendi* untersucht.

Literatur

- Bernheim JL, Raus K (2017) Euthanasia embedded in palliative care. Responses to essentialistic criticism of the Belgian model of integral end-of-life care. *J Med Ethics* 0:1-6 doi: 10.1136/meethics-2016-103511
- Bion W (1967). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum* 2(3):271-280. Online: <http://braungardt.trialectics.com/projects/psychoanalysis/bion/bion-memory-desire/>, abgerufen 04.11.17
- Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J et al. (2014) Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Stuttgart: Kohlhammer
- Braude HD (2012). *Intuition in medicine. A philosophical defence of clinical reasoning.* Chicago: University of Chicago Press.

- Buecken R, Galushko M, Golla H et al. (2012) Patients feeling severely affected by multiple sclerosis: how do patients want to communicate about end-of-life issues? *Patient Educ Couns* 88:318-24.
- Canetti E (2014) *Das Buch gegen den Tod*. München: Hansa
- de M'Uzan M (2013) The work of dying. In: ders. *Death and identity. Being and the psycho-sexual drama*. London: Karnac, S.33-46 (1977)
- Garlipp P (2008) Psychotische Patienten und wiederholte bzw. anhaltende Suizidgefahr. In: Wolfersdorf M, Bronisch T, Wedler H (Hrsg.) *Suizidalität verstehen, vorbeugen, behandeln*. Regensburg: Roderer S 284-288
- Golla H, Galushko M, Strupp J et al. (2016) Patients feeling severely affected by multiple sclerosis: addressing death and dying. *OMEGA – J of Death and Dying* 74(2):275-291
- Gross R, Löffler M (1997) *Prinzipien der Medizin*. Berlin: Springer
- Klüwer R (2001) Szene, Handlungsdialog (Enactment) und Verstehen. In: Bohleber W, Drews S (Hrsg.) *Die Gegenwart der Psychoanalyse - die Psychoanalyse der Gegenwart*. Stuttgart: Klett-Cotta, S 347-357
- Lazar RA, Oechslein R, Jörgensen K (2012) "Faith-in-O" und der Umgang mit der Unbestimmtheit des Todes. In: Frick E, Vogel RT (Hrsg.) *Den Abschied vom Leben verstehen. Psychoanalyse und Palliative Care*. Stuttgart: Kohlhammer S. 63-78
- Lindner R (2006) *Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Lindner R (2017) „Media vita in morte sumus“. *Psychodynamische Psychotherapie am Lebensende. Psychoth im Alter* 14(2):195-208
- Lindner R, Vogel J (2012) Ich kann nicht sagen: „Es geht mir schlecht“. Der Sterbende und Suizidalität. *Suizidprophylaxe* 39(1):19-23
- Lindner R, Foerster R, von Renteln-Kruse W. (2014). Physical distress and relationship problems: exploring the psychosocial and intrapsychic world of suicidal geriatric patients. *Z Gerontol Geriatr* 47:502-507
- Lipsman N, Skanda A, Kimmelman J et al. (2007). The attitudes of brain cancer patients and their caregivers towards death and dying: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 6:7. Online-Abruf 05.11.17: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-6-7>
- Maris RW, Berman AL, Silverman MM (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York, London: Guilford
- Pasman HR, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD (2013). What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians. *Patient Educ Couns* 92:313-318
- Perrar KM, Golla H (2016) Psychiatrie, Psychotherapie und Palliativversorgung. *Psychoth im Alter* 13(2):177-188
- Petersen Y, Mauer MC (2016) Bindungstheorie als Grundlage psychotherapeutischer Begleitung in der palliativen Situation. *Psychoth im Alter* 11(2):239-253
- Remmers H (2014) Palliative Care und Spiritual Care. In: Pantel J et al. (Hrsg.) *Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer S. 708-715
- Rodin G et al. (2007) The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 33:661-75
- Scharfetter Ch (1996) *Allgemeine Psychopathologie: eine Einführung*, 4. Auflage. Stuttgart, New York: Thieme
- Schulz-Kindermann F, Vehling S (2016) *Psychoonkologische Interventionen bei fortgeschritten erkrankten Patienten. Psychoth im Alter* 13(2):165-177
- Schöpf A (2014) Suggestion. In: Mertens W (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer S 914-916
- Steck N, Junker C, Maessen M et al. (2014). Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *Int J Epidemiol* 43: 614-22
- Stuhr U (1993) Ohne Verstehen keine Fallgeschichte. Über Voraussetzungen des Verstehens. In: Stuhr U, Deneke FW (Hrsg.), *Die Fallgeschichte: Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Heidelberg: Asanger, S. 85–105
- Stutzki R, Weber M, Reiter-Theil S et al. (2014). Attitudes towards hastened death in ALS: a prospective study of patients and family caregivers. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 15:68-76
- Teising M (2017) *Selbstbestimmung zwischen Wunsch und Illusion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Trachsel M, Maercker A (2016) *Lebensende, Sterben und Tod*. Göttingen: Hogrefe
- Vogel RT (2012) *Selbst und Tod*. In: Frick E, Vogel RT (Hrsg.) *Den Abschied vom Leben verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer S 79-103
- Wiesli U (2016) *Palliative Care: Psychotherapie im Pflegeheim – eine Notwendigkeit*. *Psychoth im Alter* 13(2):189-200
- Whitehead B et al. (2012) Experiences of dying, death and bereavement in motor neurone disease: a qualitative study. *Palliat Med*. 26:368-78
- Yalom ID (2008) *In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet*. München: btb Verlag

Eingang: 24.11.2017 Akzeptiert: 07.02.2018

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Reinhard Lindner
Universität Kassel
Fachbereich Humanwissenschaften
Institut für Sozialwesen
Arnold-Bode-Str. 10
D-34127 Kassel
Mail: lindner@uke.de