

Leserbriefe und Replik

Eine lange erwartete und gelungene Zusammenfassung

Zu H. Krampe & A. van Randenborgh: Hochsensitivität – ein Temperamentsmerkmal bereichert Psychotherapie, *Psychotherapeutenjournal* 2/2023, S. 138–146.

Der Artikel ist eine sehr gelungene Zusammenfassung der meisten Aspekte von Hochsensibilität im klinischen psychotherapeutischen Zusammenhang. Ich bin begeistert, weil ich eine solche Stellungnahme sehr viele Jahre und sehr lange Zeit vermisst habe. Vielen herzlichen Dank an die Autorin und den Autor für den hochdifferenzierten, entpathologisierenden und klugen Artikel! Ein wenig stößt mir lediglich die Zuordnung von Hochsensitivität in der Überschrift als sog. „Temperamentsmerkmal“ auf, zumal auf Temperament in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen wird. Denn ich kenne bei meinen Patienten und Patientinnen alle Arten von Temperamenten, Geschlechtern, Alters- und Berufsgruppen und sehe bis dato keinen Zusammenhang von Hochsensibilität und Temperament. Das ist natürlich nur ein subjektiver Eindruck, wenngleich über drei Jahrzehnte hinweg an vielen Hilfesuchenden beobachtet. Viel eher erscheint mir als Jungianer eine Kategorisierung sinnvoll: Intro- und Extravertiertheit. Denn ein nach innen gekehrter Mensch erscheint einem möglicherweise eher als wenig temperamentvoll, obwohl er das zeitweise sehr wohl sein kann.

Da ich selbst als hochsensibel geboren und aufgewachsen sowie seit langen Jahrzehnten in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig bin, ist mir bald aufgefallen, dass meine Praxis sich zunächst ohne mein bewusstes Zutun zu einem Tummelplatz für hochsensible Patienten und Patientinnen herausgebildet hat. Es gab zahlreiche Beschwerdebilder: Depressionen, Angst- und

Zwangsstörungen, bipolare Störungen, Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen, einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen, Krebs, somatoforme und sexuelle Störungen, ADS und ADHS, Asperger-Syndrome, Bindungs- und Berufsprobleme und hauptsächlich fast durchgängig Stressphänomene aufgrund von Reizüberflutungen im Zusammenspiel mit einer hohen Sensibilität.

Die Erwähnung der hochsensiblen Fähigkeiten in den Umwandlungsanträgen führte regelmäßig zu Irritationen bei den Gutachtern bzw. Gutachterinnen und überdurchschnittlich häufig zu Ablehnungen der Anträge, selbst bei den Obergutachtern. Das hat mich leider veranlasst, diese Phänomene in den Berichten nicht mehr weiter offiziell zu erwähnen, um die konstante Therapie der Patienten und Patientinnen nicht zu gefährden. Stattdessen habe ich mich im Bericht weniger auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten und Patientinnen bezogen, sondern mehr auf die Pathologie, die als m. E. typisches Merkmal von hochsensiblen Patienten und Patientinnen, zeitweise übermäßig stark und über lange Strecken völlig unbedeutend aufgetreten ist. Ich habe das immer als besonderes Merkmal der Hochsensibilität betrachtet, dass ein Mensch mit diesen besonderen Fähigkeiten die Schwierigkeiten einerseits besser kompensieren kann und damit umgehend zurechtkommt, bis dann aber ein Punkt regelmäßig auftaucht und erreicht ist, der ihn hilfloser erscheinen lässt als Menschen ohne diese Fähigkeiten. In Zeiten der Beschwerdefreiheit habe ich mich oft gefragt, was diese Patienten und Patientinnen eigentlich von mir wollen und brauchen. Es war durchweg immer wieder die Sicherheit im Fall des Falles einer abrupten Verschlechterung und Dekompensation, der überraschend, aber dennoch unbestimmt vorhersehbar eintrat. Das erforderte eine hohe Flexibilität im therapeutischen Umgang und in beschwerdefreien Zeiten eine legere und

Liebe Leser*innen,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 11. Oktober 2023 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

Als Leser*innen beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absender*innen und nicht die der Redaktion wiedergeben.

lockere Vorgehensweise etwa durch Übungen in Achtsamkeit, Entspannung, Psychoedukation, lösungsorientiertes Vorgehen in der Retrospektive sowie erkenntnistheoretische und lebensphilosophische Betrachtungen.

Anfangs war das eine große Herausforderung für mein therapeutisches Gewissen, weil diese Vorgehensweise nicht mit den Psychotherapie-Richtlinien vereinbar schien. Die hochsensiblen Menschen haben mich aber eines Besseren belehrt, denn ihre spezifischen Schwierigkeiten bedurften sehr wohl einer dezidierten psychotherapeutischen Unterstützung, die sich allemal bezahlt gemacht hat! Geholfen hat mir dabei meine jungianische Sozialisierung, die ein prozessorientiertes individuelles Eingehen auf den Patienten bzw. die Patientin befürwortet.

Die Etablierung von geschlechtsspezifischen Gruppen für hochsensible Männer und Frauen hat sich ebenfalls sehr gelohnt, da der hochsensible Mensch zumeist mit global wahrnehmenden Menschen zu tun hat und eine große Erleichterung eintritt, wenn er andere Menschen trifft, die ihn auf Antrieb

verstehen können. In vielen Fällen eine Erleuchtung für die Patienten und Patientinnen ohnegleichen und eine Belohnung und Entschädigung für den Therapeuten bzw. die Therapeutin für alle vorherigen Mühsale!

Viele scheinbar erfolglose Behandlungsversuche vor der Erkenntnis der Hochsensibilität sprachen für sich und waren eine gute Vorbereitung für die Therapie mit Einbeziehung ihrer Fähigkeiten. Ich kann mir wertfrei und gleichzeitig innerlich schmunzelnd vorstellen, dass sich ein Therapeut oder eine Therapeutin ohne hochsensible Möglichkeiten häufig fragt, warum der Patient bzw. die Patientin, der/die vor ihm sitzt, so begriffsstutzig erscheint und scheinbar keinen Fortschritt erzielt oder er manchmal ohne Beschwerden zu ihm kommt. Ich bin überzeugt, dass der Patient bzw. die Patientin unbewusst spürt, ob er/sie ganzheitlich wahrgenommen wird und in seinen/ihren detailreichen Wahrnehmungen erkannt wird. Das tut jedem Menschen gut, wenn er sich insgesamt verstanden fühlt. Deshalb befürworte ich ausdrücklich – was jeder Therapeut bzw. jede Therapeutin in seiner Praxis letztlich tut und lässt, ist natürlich jeder/jedem selbst überlassen – die Anwendung des im Artikel erwähnten Tests, um Gewissheit darüber zu erlangen, ob der Patient bzw. die Patientin hochsensibel ist oder nicht. Das erleichtert m. E. das therapeutische Procedere, auch wenn man ansonsten nicht so gern Tests macht.

Dr. biol. hum. Dipl.-Psych.
Stefan Schmidt
Gumpersdorf

Eine verzweifelte Sehnsucht nach Authentizität

Zum selben Beitrag von H. Krampe & A. van Randenborgh im Psychotherapeutenjournal 2/2023.

Vielen Dank an die Autoren Krampe und van Randenborgh für die Befassung mit diesem wichtigen – aber ansonsten stiefmütterlich behandelten – Thema. Ich bin in meiner psychotherapeutischen Praxis vor über 20 Jahren das

erste Mal hochsensitiven Menschen begegnet – und seither immer wieder und gefühlt deutlich überrepräsentiert.

Ich möchte hier auf einen Aspekt aufmerksam machen, den ich im Artikel nicht explizit erwähnt fand: Die Klient-Therapeut-Beziehung ist bei hochsensitiven Menschen aus meiner Sicht deutlich anders zu gestalten. Hochsensitive Menschen haben nach meiner Erfahrung nicht nur eine Art hochgetunt „Authentizitätsradar“, sondern auch eine häufig verzweifelte Sehnsucht nach Authentizität. Sie bekommen oft fast schmerzhaft genau mit, wenn der Therapeut sich mit Floskeln oder therapeutischen Allgemeinplätzen umgibt, die ihn weiter als Mensch unsichtbar halten.

Bei der überragenden Bedeutung der therapeutischen Beziehung halte ich es für wesentlich, dieser Ebene besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Hochsensitive Menschen fordern den Menschen hinter der Therapeutenrolle heraus – in mehrfacher Bedeutung dieser Worte.

Sie brauchen für die Einordnung ihrer Besonderheiten einen ehrlichen Spiegel, sie brauchen einen Therapeuten, der sich mit seinen eigenen Besonderheiten und auch Schwächen zeigen kann.

Wenn das gelingt, kann die Hochsensitivität immer wieder als ein Geschenk und nicht als eine Last erfahren werden und der Hochsensitive kann sich begreifen als Seismograf einer zutiefst verstörten Gesellschaft.

Dipl.-Psych. Dietmar Lucas
Berlin

Eine leider übersehene Differentialdiagnose

Zum selben Beitrag von H. Krampe & A. van Randenborgh im Psychotherapeutenjournal 2/2023.

Vielen Dank an Dr. Harald Krampe und Prof. Dr. Annette von Randenborgh für ihren sehr zeitgemäßen und guten Arti-

kel zum Thema Hochsensitivität. Er enthält viele hilfreiche Hinweise für die Diagnostik und die Therapie von (komorbid psychisch erkrankten) hochsensiblen Menschen.

Allerdings komme ich nicht umhin, in den Differentialdiagnosen – wobei Hochsensitivität ja im eigentlichen Sinne kein Störungsbild darstellt – die Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) zu vermissen. Übermäßige Reizempfindlichkeit (aber u. U. auch das Gegenteil) ist häufig ein zentraler Bestandteil einer ASS, der im Alltag zu großen Beeinträchtigungen z. B. in Menschenmengen, an lauten, reizintensiven Orten, bei sozialen Interaktionen oder bei der Auswahl von Kleidung, die kratzt, führen kann. Ein sog. kognitiver oder emotionaler „Overload“, der auch im Artikel als solcher benannt wird, ist bei Autist*innen dann oft die Folge.

Auch die Aufgaben der Psychotherapie lassen fast durchgängig an Empfehlungen zum Umgang mit – vor allem spät (d.h. erst im Erwachsenenalter) diagnostizierten – ASS erinnern: Akzeptanz der eigenen Besonderheiten, Integration der Hochsensitivität (bzw. des Autismus) in das dadurch veränderte Selbstbild, Verwendung von achtsamkeitsbasierten Methoden zur frühzeitigen Erkennung und Modulation von Stresszuständen, Werben um Verständnis beim sozialen Umfeld für das eigene Rückzugsverhalten, Versuche der Anpassung des sozialen Umfelds bzw. der Umgebung an die eigene Hochsensitivität (bzw. an den eigenen Autismus), Finden hilfreicher Routinen usw.

Wie kann es sein, dass die Autismus-Spektrum-Störungen – mit einer Prävalenz von mindestens 1 % – es im Jahr 2023 schon wieder nicht in den Wahrnehmungsradius: hier der beiden Autor*innen in Sachen Hochsensitivität, geschafft haben?

Dipl.-Psych. Birgit Saalfrank
Frankfurt am Main

Wirksame Traumabewältigung durch Klopfen

Zu P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh: *Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren: Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland*, *Psychotherapeutenjournal* 1/2023, S. 30–36.

Ich habe den Artikel von Kaiser, Herzog und de Jongh mit großem Interesse und Zustimmung gelesen. Es ist bedauerlich, dass viele Kolleginnen und Kollegen keine Erfahrung mit traumafokussierter Therapie haben, sodass betroffene Personen keine optimale Hilfe erhalten. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass es eine Gruppe von traumafokussierten Methoden gibt, die in dem Aufsatz nicht erwähnt wurde. Es gibt gute empirische Belege für die Wirksamkeit der sogenannten Klopfmethoden, insbesondere für die Emotional Freedom Techniques (EFT) von Gary Craig. Bei diesen Methoden arbeitet man mit einer Kombination von imaginativer Konfrontation, kognitiver Umstrukturierung und taktile Stimulation. Antonia Pfeiffer hat in den Artikel „Was ist dran am Klopfen? Eine Übersichtsarbeit“ (*Psychotherapeutenjournal* 3/2018, S. 235–243) sechs Studien zur PTBS mit hohen Effektstärken referiert. In meinem Aufsatz „Angstreduktion und Traumabewältigung durch Klopfen“ (*Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 3/2018, S. 669–684) bin ich ebenfalls auf die Behandlung von PTBS eingegangen und habe auf fünf Studien und eine Metaanalyse hingewiesen, in denen über die erfolgreiche Behandlung mit Klopfmethoden berichtet wird.

Dipl.-Psych. Christof T. Eschenröder
Bremen

Hände weg vom Klopfen!

Replik der Autoren auf den Leserbrief von C. T. Eschenröder zu ihrem Beitrag im *Psychotherapeutenjournal* 2/2023.

Wir danken Herrn Eschenröder für seine wertschätzende Zuschrift und die

Hinweise. Auch wir bedauern die begrenzte Verbreitung traumafokussierter Therapien. In diesem Zuge fügt Eschenröder die Klopfmethoden hinzu, vor allem „Emotional Freedom Techniques (EFT)“: Diese beinhalten wichtige Wirkmechanismen, wie Exposition und kognitive Umstrukturierung, die viele traumafokussierten Therapien teilen. Als Grundlage für die Evidenzbasis werden Übersichtsarbeiten angeführt. Bei Vergleichen zwischen zwei aktiven Therapien sind jedoch Allegiance-Effekte zu beachten, die erst nach mehreren Studien, idealerweise durch unabhängige Arbeitsgruppen, abgeschätzt werden können. Längere Follow-ups sind zudem wichtig, um die Nachhaltigkeit der PTBS-Therapien zu beurteilen (McLean et al., 2022; zitiert in unserem Artikel). Die aktuelle Evidenzbasis dieser Techniken ist daher als sehr dürftig einzuschätzen. Aus diesem Grund sprechen sich aktuelle internationale Behandlungsrichtlinien nicht für deren Anwendung aus (siehe z. B. Department of Veterans Affairs and the Department of Defense, 2023, S. 36).

Die Klopftechniken der EFT sind darüber hinaus aus unserer Sicht auch aus folgenden Überlegungen nicht überzeugend: Erstens, es fehlen Belege für ihren zusätzlichen therapeutischen Nutzen zur Behandlung der PTBS. Zweitens ist die theoretische Grundlage, basierend auf „Energieflüssen“ über „Meridianpunkte“, sehr fragwürdig. Es gibt keine medizinischen Belege für diese „Meridiane“, sodass eine Erklärung des Wirkmechanismus durch sie nicht plausibel ist. Es könnte sein, dass Klopftechniken das Arbeitsgedächtnis beanspruchen, ähnlich wie Augenbewegungen bei EMDR (van den Hout & Engelhard, 2012) – eine Hypothese, die es jedoch noch zu prüfen gälte.

Zeigen EFT die gleiche Wirksamkeit wie die von uns vorgestellten Methoden in klinischen Studien mit adäquater Stichprobengröße – ein weiteres Problem bisheriger Studien –, so würden wir wegen der stärkeren Evidenzbasis und den mit naturwissenschaftlichen Prinzipien vereinbaren Wirkmechanismen weiterhin zur Anwendung der von uns

vorgestellten traumafokussierten Methoden raten.

Dr. Philipp Herzog, Dr. Tim Kaiser &
Prof. Dr. Ad de Jongh
Harvard/Berlin/Amsterdam

Literatur

Department of Veterans Affairs and the Department of Defense. (2023). *A/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. Verfügbar unter: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VA-DoD-CPG-PTSD-Full-CPG.pdf> (20.07.2023).

van den Hout, M. A. & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3 (5), 724–738.

Würden Sie einen assistierten Suizid unterstützen?

Zu J. Glasenapp & T. Teismann: *Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Ein Diskussionsbeitrag zum Thema selbstbestimmtes Sterben und Suizid*, *Psychotherapeutenjournal* 1/2022, S. 5–11.

Sehr geehrte Kolleg*innen, würden Sie Klient*innen ein Gutachten für einen assistierten Suizid erstellen?

Das Bundesverfassungsgericht hat durch sein Urteil die Möglichkeit zugelassen, professionell unterstützt zu sterben. Damit sind auch wir als eine der Berufsgruppen, die mit derlei Wünschen konfrontiert werden könnten, aufgerufen, uns damit auseinanderzusetzen und ggf. Vorschläge für Rahmungen zu erarbeiten. Im März 2022 erschien hier ein Artikel zum Thema, der – wie ich finde – versiert, ausgewogen und angemessen nachdenklich machend das Feld beschrieb.

Mein Beitrag vermag nicht, dieses Spannungsfeld fachlich näher zu beleuchten. Eher möchte ich eine persönliche, sehr dichte Perspektive beisteuern – und Ihnen damit unter Umständen auch etwas zumuten.

Ende 2022 hat sich eine mir nahe Freundin das Leben genommen. Sie hatte lebenslang Phasen schwerer Depressionen und hat alles ihr Mögliche dagegen unternommen (Therapien, zig

psychiatrische wie psychosomatische Klinikaufenthalte, Medikamente, berufliche Veränderungen etc.).

Haben Sie schon einmal eine Ihnen nahestehende Person mitten in der Nacht auf einer geschlossenen Station zurücklassen müssen? Haben Sie unser Gesundheitssystem, dessen Warte- und Antrags-Odysseen schon einmal als Angehörige*r oder Betroffene*r erfahren „dürfen“? Haben Sie miterlebt, wie zig Therapien und Medikamente jemandem letztlich nicht helfen können, diese „Anfälle des Grauens“ wieder und wieder erleiden zu müssen? Falls nein, dann seien Sie versichert: Es ist furchtbar, es ist herzerreißend, das miterleben zu müssen.

Bin ich als Angehörige nicht zu betroffen und verstrickt, um zum Thema „assistierter Suizid“ etwas beitragen zu können? – Ja, selbstverständlich bin ich verstrickt, aber ich pflege Freund*innen nicht der Tür zu verweisen, wenn sie psychische Probleme haben, und setze mich mit den eigenen und gemeinsamen Mustern dahinter sowie mit dem Ausloten eines souveränen Arbeitens trotz eigener Betroffenheit auseinander. Ich bin dankbar für all das, was mich diese Doppel-Perspektive gelehrt hat. Vielleicht kann ich sogar genau deshalb etwas dazu beitragen, eben weil ich betroffen bin.

Zurück zu Ihnen: Sollte jemand, der akut depressiv ist, Sie bitten, ein Gutachten zu erstellen, so (...) wäre das rechtlich womöglich fragwürdig, ja Sie müssten jemanden mit akuten Suizidideen ggf. eher vor sich selbst schützen und einweisen, oder?! Was jedoch, wenn da jemand vor Ihnen sitzt, dessen Bewusstsein trotz aller Symptomatik ausreichend klar wirkt, was, wenn die Todessehnsucht eher einer Lebensbilanz entspringt, die wohlüberlegt dem langen Leid ein Ende bereiten will? Herr Glasenapp und Herr Teismann schreiben dazu: „Wir handeln in der (ambulanten) Psychotherapie unethisch, wenn die Behandlung an die Negierung des Sterbewunsches gekoppelt wird oder Patient*innen mit Sterbewünschen grundsätzlich in die stationäre Behandlung überwiesen werden.“

Selbstverständlich sind Prävention und die Unterstützung des Weiterlebens, am besten mit einer Perspektive der Besserung, stets die erste Wahl. Aber in einigen Fällen ist dies eben schlicht keine Option mehr. Dann geht es nur noch um die Alternative zwischen einem sogenannten „Brutal-Suizid“ (Schienen, Waffen, Sturz o. Ä.) und dem weit friedlicheren assistierten Suizid.

Als 2020 das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes erschien, sprachen wir – einige ihr nahe Menschen – mit unserer Freundin über die Möglichkeit des assistierten Suizids. Wir boten ihr an, sie zu begleiten – ein unsagbar tiefes, sehr bewegendes Gespräch. Sie sagte, dass sie diesen Weg vorstellbar fände, das Ausland aber als Option ausschließe, es schien ihr zu viel Zumutung für alle Beteiligten. Andererseits habe sie für Begutachtungen in Deutschland keine Kraft mehr; sie hatte zähe Monate ihres Lebens damit verbracht, begutachtet zu werden und zu warten (zuletzt auf eine Zeitberentung, in bis zu ihrem Tod seit einem Jahr schwebendem Verfahren). Vor allem aber wollte sie weder uns noch ihren Behandler*innen eine rechtliche Grauzone zumuten, da Suizidalität bei depressiver Grunderkrankung als Symptom gesehen und in Akutzuständen eine Freiverantwortlichkeit Betroffener bezweifelt wird.

Das hieß für uns als Umfeld: Der mögliche Suizid kam näher und näher ... und wir, selbst mittlerweile ratlos, mussten das aushalten – ohne ihr einen sanften Weg ermöglichen zu können. Furchtbar.

„To forgive and to accept / Things that haven't happened yet.“

Und dann war es wie erahnt – sie nahm sich das Leben, Ende 2022, auf eine sich selbst gegenüber brutale, aber schnell wirksame Art. Sie hat diese Entscheidung getroffen in einer akuten Phase, ja – und dennoch klar bilanzierend und lange konkret ersehnt. Sie wollte niemandem Leid zufügen, hat den Ort und die Art vermutlich auch in Fürsorge für ihr nahes Umfeld ausgesucht, aber dennoch musste sie uns und die Person, die sie fand, ja mas-

siv belasten – oder gibt es etwa einen „sanften Suizid“ ohne Unterstützung?! Und was denken Sie? Kann ein solch bilanzierender Suizid denn überhaupt frei von akuter Verzweiflung und Bewusstseinstrübung begangen werden?

Können Sie sich für ein, zwei Minuten in die Situation der Hinterbliebenen hineinversetzen? Sie ahnen – und verhindern nicht mehr. Unterlassene Hilfeleistung? Oder Unterlassen als Hilfeleistung? Sie erfahren von dem Suizid, ein immenser Schock, trotz allen Ahnens. Suizid ist laut, schreit an. Sie beantworten Fragen der Polizei, fahren an den Ort, an dem es passierte, sprechen mit der Person, die sie fand, müssen unsagbar vielen Menschen die Nachricht überbringen. Wie ist es zu ertragen, sich die letzten Tage und Stunden dieser verlorenen Seele vorzustellen, im Mitgefühl für die Verzweiflung und für diese Gewalt am eigenen Leib und Sein? Wie kann man aushalten, dass jemand, den man mochte oder liebte, so grausam und einsam sterben musste?

Was braucht es für Sie als Kolleg*in, um eine Haltung in diesen Fragen zu finden und um sich der einzelnen, sehr komplexen Fälle annehmen zu können? Könnten womöglich palliative Zirkel verschiedener Fachgruppen eine Antwort sein?

Verehrte Kolleg*innen, in unserer potenziellen Aufgabe der Begutachtung von Freitodwünschen und des fachlichen Engagements zum Thema „assistierter Suizid“ geht es nicht nur darum, ob ein Suizid verhindert werden kann bzw. ob wir den Todeswunsch von Menschen fachlich nachvollziehbar finden. Vielmehr können wir auch Menschen, die frei verantwortlich und klar entschlossen sind, ihrem Leiden ein Ende zu setzen, ermöglichen, friedlich und sanft statt brutal und verloren aus dem Leben zu gehen.

Wir könnten uns womöglich gar zur Verfügung stellen, dafür noch mehr Leid für noch mehr Menschen zu verhindern: für all die, die jemanden finden müssen, und für all die, die jemanden auf so brutale Weise nicht gut gehen lassen können.

Jede Person, die sich umbringt (über 9.000 pro Jahr), hat ja ein Netz aus Angehörigen, das fortan damit leben muss – da könnten wir lindern.

Diese Aufgaben verdienen, wie ich finde, unser aller Hochachtung, Dankbarkeit und Demut, ein Verbeugen vor

dem Mut der Menschen, die sich das zutrauen. Niemand sollte jemals Druck empfinden, diese existentielle, tief ethische bewegende Aufgabe übernehmen zu müssen. Hoch verständlich, wenn Menschen das nicht können. Jede*r jedoch, der*die es schließlich vermag, kann ein Geschenk sein für die, die uns

brauchen, um in Frieden gehen zu können.

Danke von Herzen für Ihre Zeit und Bereitschaft, sich meine Perspektive zuzumuten.

Dipl.-Psych. Jeannette Heerdegen
Hamburg