

zu schaffen ist. Aber sobald sie aufgehört haben, das, was geschieht, schon weil es geschieht, für den Willen Gottes zu halten, sobald sie beginnen, für eine bewohnbare Welt zu arbeiten, machen sie die Erfahrung, nicht alleingelassen zu sein, getragen zu werden. Sie entdecken die schöpferische Liebe Gottes in sich wirksam. – Dann können sie auch die Ketten der Resignation sprengen. „Man kann ja doch nichts machen“ gilt nicht mehr.

Sie können etwas machen – und erfahren das als Erlösung. Der Weg aus Abhängigkeit und Elend ist kein Triumphzug; er ist mühsam, immer wieder enttäuschend, nicht selten ein Kreuzweg: ein Weg der Nachfolge Jesu.

Auf diesem Weg lesen die Basisgemeinden immer wieder im Alten und Neuen Testament. Es sind ihnen alte und zugleich ganz gegenwärtige Texte: Texte, in denen sie ihren Hunger nach Brot – der Befriedigung der Grundbedürfnisse – und ihren Durst nach Wein – dem Überfluß, der Freude –, ihre Sehnsucht nach Heilung, nach Gesundheit und Anerkennung – und schließlich ihre Erfahrung befreiender und heilender Solidarität wiederentdecken.

Die Deutungen der jüdisch-christlichen Tradition offenbaren sich ihnen dabei als Verheißung: Gott ist auf der Seite der Leidenden⁶.

Maria Bühler Begleitung von psychisch Kranken

Die Autorin hat durch viele Jahrzehnte hindurch zahlreiche psychisch kranke Menschen begleitet und ist insbesondere vielen an Depression schwer Erkrankten bis zur Genesung beigestanden. Sie weiß also, wovon sie spricht, wenn sie im folgenden beispielhaft das Erscheinungsbild der Depression beschreibt: das Ineinander psychischer und somatischer Krankheitsphänomene, die Schwierigkeit für den Kranken, die eigenen Erfahrungen zur Sprache zu bringen und sein Leiden produktiv zu machen, die besonders gefährlichen Stationen des Krankheitsverlaufs u. dgl. Sie macht aufmerksam, wie schwer es Angehörige als Begleitpersonen psychisch Kranker haben, daß hier Freunde besonders herausgefordert sind und daß Kranke wie Begleiter die Unterstützung durch die kirchliche Gemeinde und ihre Seelsorger benötigen. red

⁶ Vgl. dazu die von H. Reiser und P. G. Schoenborn herausgegebenen einzigartigen Textsammlungen: Basisgemeinden und Befreiung. Lesebuch zur Theologie und christlichen Praxis in Lateinamerika, Wuppertal 1981; Sehnsucht nach dem Fest der freien Menschen. Gebete aus Lateinamerika, Wuppertal 1982.

Die Vielfalt
psychischer
Krankheiten

Das Breitbandspektrum der psychischen Krankheiten umfaßt eine solche Vielfalt je eigenständiger Krankheitsbilder, die in Genese und Erscheinungsform dermaßen verschieden sind, daß es völlig unmöglich ist, summarische Hilfestellungen für den Begleiter der Kranken zu geben. Grundsätzlich hat zu gelten: Jede psychische Krankheit ist in gleicher Weise als Krankheit anzuerkennen wie eine somatische Krankheit. Das ist heute – trotz aller Aufklärung über Rundfunk, Fernsehen und Presse, ganz abgesehen von der populär-wissenschaftlichen Literatur über psychiatrische oder psychologische Fragen – leider noch keine Selbstverständlichkeit. Der Testfall für gelungene Bewußtseinsänderung ist die Praxis: der Umgang mit dem konkreten psychisch kranken Mitmenschen.

Alte Vorurteile oder
neues Verstehen?

Da zeigt sich dann, ob die gespeicherten Informationen eine entsprechende Umsetzung finden, d. h. ob dem Wissen über Krankheiten auch ein Verständnis für die Situation des Kranken entspricht, oder ob alte Vorurteile die Einstellung zu und den Umgang mit den Betroffenen bestimmen: Meidung von Kranken, Diskriminierung in der Form, daß man psychisches Kranksein den Patienten als Charakterdefekt oder moralisches Versagen anlastet oder es dem Bereich des Dämonischen zuordnet. – Begleitung setzt voraus das Wissen und Erkennen der Eigentümlichkeit eines Krankheitsbildes, aber ebenso und dies vor allem: die Bereitschaft, sich auf den Kranken und sein Erleben einzulassen, mit einem hohen Maß an Empathie zu erfassen, *wie ihm zumute ist* – also Verstehen mit der Vernunft des Herzens. Ohne dieses Sich-treffen-Lassen vom Leiden des Kranken mißrät jeder Rat, und jeder Zuspruch wird zur Leerformel, die an der Not des Kranken vorbeiredet, ihn niemals zu erreichen vermag, eher noch Schaden anrichtet.

I. Die Depression
als Modellbeispiel

Um das grundsätzlich Gesagte für die Praxis „griffig“ zu machen, wählen wir aus der Vielfalt psychischer Krankheiten die *Depression* als Modellbeispiel. An diesem läßt sich besonders gut verdeutlichen, was per analogiam für andere psychisch Kranke Anwendung finden kann. Die Wahl fällt nicht von ungefähr auf die Depression. Die intensive Arbeit der Depressionsforschung während der letzten Jahrzehnte stellt klar heraus, was sich in der täglichen fachärztlichen Tätigkeit bestätigt: die Zahl der von Depressionen betroffenen Menschen steigt jährlich an. Und zwar weltweit, besonders jedoch in den Zivilisationsländern, und da wieder zeigt sich eine signifikante Zunahme in den städtischen Agglomerationen.

Wandel im
Erscheinungsbild
der Depression

Da in unserem Zusammenhang vor allem die Symptomatik einer Depression und die existentielle Erfahrung der Kranken im Vordergrund stehen müssen, können wir

die Differenzierung in endogene (= endomorphe) und reaktive (= psychogene oder psychoaffektive) Depression außer acht lassen. Einer Erwähnung bedarf hingegen der für die Praxis relevante Befund: In den letzten rund 20 Jahren vollzog sich ein Wandel im Erscheinungsbild der Depressionen: die „larvierte“ Depression nimmt an Häufigkeit zu, also jene Form, bei der die körperlichen Symptome (persistierende Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Beschwerden im Bereich der thorakalen und viszerale Organe etc.) das Erscheinungsbild der psychischen Krankheit weithin überlagern. Die Beschwerden bestehen oft lange Zeit, bevor die „klassischen“ Symptome einer Depression dramatisch durchbrechen: *Angst*, Paralyse der Psychomotorik, Antriebslosigkeit, Einengung des Denkens, Verarmung der Sprache, Gewichtsabnahme, Verlust der Libido; Versanden der bisherigen Interessen, Hoffnungslosigkeit, massive Schuldgefühle, Selbstentwertungserlebnisse bis hin zur Selbstentfremdung; sehr häufig Suizidabsichten oder -impulse, Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bis zur völligen Arbeitsunfähigkeit; Verlust der Kommunikations- und Liebesfähigkeit.

Das *Miteinander* von organischen Beschwerden (für die es keine organische Ursache gibt) und psychoaffektiven Störungen ist für jede Depression charakteristisch und klärt die Diagnose. Es grenzt diese als schwere (und überdies noch gefährliche: Suizidrisiko!) Krankheit von den sogenannten „depressiven Verstimmungen“ ab, die durchaus zum Bereich der Norm gehören und nicht einer psychischen Krankheit gleichgesetzt werden dürfen. Leider ging der Begriff „depressiv“ so unscharf in die Umgangssprache ein, daß jegliche Dysphorie, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit und jegliches Unbehagen leichtfertig „depressiv“ genannt werden.

Ohne einer einseitigen Typisierung zu verfallen, sei auf die Erfahrungstatsache hingewiesen, daß unter den an Depressionen leidenden Kranken auffallend viele sehr intelligente und in ihrem Gemütsleben hoch differenzierte Personen anzutreffen sind: Menschen, die vor dem Ausbruch ihrer Krankheit sehr pflichtbewußt, initiativ, kreativ, kommunikativ und liebesfähig waren, mit einer großen Ausstrahlung ihres engagementfreudigen Herzens. Viele haben sich im Leben bewährt, und zwar nicht bloß durch ihre beruflichen Leistungen, sondern auch – was doch wohl mehr zählt – durch ihre gelegentlich sogar außergewöhnliche Stand- und Tragfähigkeit in schweren Belastungsproben (Schicksalsschläge u. dgl.). Etwas überspitzt kann man sagen: In der Situation seines

Besonders viele sensible und intelligente Menschen von Depression betroffen

Krankseins sind Befindlichkeit und Verhalten des depressiven Kranken gegenpolig zu seiner Lebensgrundhaltung, Erlebnisweise und Einstellung zu der ihn umgebenden Wirklichkeit in seinen gesunden Tagen. Genau diese Kontrasterfahrung macht der Kranke nämlich selber, und sie gibt seiner massiven Angst immer neuen Auftrieb und liegt dem Selbstentfremdungserlebnis zugrunde. Er erkennt und versteht sich selber nicht mehr, ist daher existentiell zutiefst verunsichert. Auch die nähere Umwelt nimmt den Kontrast wahr: der Kranke ist „so ganz anders als früher“. Befremden und Fremdheit greifen Platz, Hilf- und Ratlosigkeit, aber auch, gar nicht so selten, Abwehrmechanismen – der Kranke wird zum Stein des Anstoßes, zum Ärgernis. Der Depressive stört – in mancher Hinsicht noch mehr als ein von anderer Krankheit Getroffener –, weil er nicht mehr „funktioniert“ wie früher und deshalb nicht mehr ins gewohnte Konzept paßt. Es ist oft ebenso erstaunlich wie bedenklich, daß sogar die nächsten Angehörigen den Patienten kurzschlüssig in seinem krankhaften Zustand festschreiben. Sie vergleichen wohl mit „früher“, tun sich aber sehr schwer, den *vorübergehenden* Charakter der am Kranken wahrzunehmenden Veränderungen zur Kenntnis zu nehmen und für und mit ihm zu hoffen auf eine Wende zum Guten. – Das Verhältnis der näheren Umwelt zum Kranken wird uns weiter unten noch beschäftigen.

Wie erlebt
der Depressive
seine Situation?

Will man die Erlebnis Erfahrung von Depressiven darstellen, ist man wie sie selber auf Metaphern angewiesen: Nacht, Grauen, Sog in die Tiefe, Versinken in einem bodenlosen Abgrund, Gefangenschaft in einer überschwemmenden, ausweglosen Angst, die alles lähmt bzw. bei den agitierten Formen der Depression den Kranken um- und umtreibt; verurteilt zum Sterben und nicht sterben können. In der „Talsole“ einer Depression sind die Selbstmitteilungen äußerst karg, die Kundgabe der den Patienten fast vernichtenden Angst auf tonlose, stets gleichbleibende Äußerungen reduziert: über die Leere („in mir ist alles erstorben“) und die völlige Fühllosigkeit; die totale Hoffnungslosigkeit, es gibt keine Zukunft mehr. Die Mitmenschen erscheinen dem Kranken unerreichbar fern, er hat keinen Anteil mehr an der Welt der Lebenden. Er kann nicht mehr lieben und fühlt sich unwürdig, geliebt zu werden (dies bei vorhandenem, aber oft sehr zurückgehaltenem Liebesbedürfnis). In den dunkelsten Tiefen seiner Depression läßt der Patient seinen Zustand nicht als krankheitsverursacht gelten. Er ist nicht krank, sondern schuldig, kein Kranker, sondern ein rettungslos

verlorener Sünder, ein Versager auf der ganzen Linie. Aus solcher Fehleinschätzung seiner Situation ist verständlich, daß der Patient keine Genesung erwartet, die ärztlichen Bemühungen als fehl am Platz betrachtet. Sein Leiden ist im Vollsinn des Wortes un-sagbar, aber der Patient interpretiert es als Folge seiner oder als Strafe für seine Schuld. Nur Menschen, die selber eine Depression durchlitten haben, oder jene, die engagiert befaßt sind mit depressiven Kranken und kraft ihrer Sensibilität und Empathie sich in die Situation des Kranken einzufühlen vermögen, können das Unmaß des Leidens ermessen und werden in Treue und Solidarität auch jene schwerste Phase einer Depression begleiten, wo der Patient kaum entäußerungsfähig und scheinbar völlig unzugänglich ist. Sie wissen auch um einen Aspekt der Depression, der in Lehrbüchern kaum je Erwähnung findet: daß der Kranke im Stadium völliger Ohnmacht (was wir als Talsohle bezeichneten) *außerstande ist, Einstellungswerte zu realisieren und so sein Leiden produktiv zu machen*. In dieser Hinsicht ist der schwerdepressive Kranke einer Möglichkeit beraubt, die anderen Schwerkranken zur Bewältigung ihrer Situation grundsätzlich offen ist.

Bei Rückkehr
seelischer
Energien . . .

Können Depressive ihre Erlebnisse, wenn auch in Metaphern, einigermaßen artikulieren, so zeigt dies an, daß sie entweder vor der äußersten Leidenserfahrung bewahrt blieben oder bereits das Stadium einer gewissen Auflockerung der quälenden, gefangensetzenden Lähmung ihrer geistigen und emotionalen Fähigkeiten erlangten, eine wenn auch erst partielle Erhellung ihrer Dunkelheit eingetreten ist. Es sind dann noch oder bereits wieder seelische Energien verfügbar, eine – wenn auch erst anfanghaft gelingende – Auseinandersetzung mit der Leidenssituation und die Artikulierung der Erlebniserfahrung, wenigstens in der Form von Klage und Aufschrei, möglich. Die freigesetzten Energien erhöhen allerdings die Suizidgefahr. Jeder Begleiter von depressiv Kranken muß darüber Bescheid wissen und entsprechend Schutz und Nähe bieten: Die Suizidgefahr ist am größten, wenn es dem Patienten „besser geht“! Die Depression ist ein langgestrecktes Krankheitsgeschehen, die sukzessive Besserung verläuft nicht linear, sondern eher spiralförmig. Mit Rückschlägen, die für den Betroffenen sehr schmerzlich sind, weil sie ihn jeweils neu verunsichern und seine erst aufglimmende Hoffnung neu in Frage stellen, ist zu rechnen, und sie verlangen seitens des Begleiters ein langfristiges Engagement, viel, sehr viel Geduld und eine Hoffnung für den Kranken, die ihm das große Dennoch auch in den Tagen der Rückschläge zu-spricht.

. . . erhöhte
Suizidgefahr!

Geduldige Nähe
besonders
bei Rückschlägen

II. Die Angehörigen

Soziale Entwurzelung
als Depressions-
Verstärker

Häufiges Versagen
der Angehörigen

„Nicht zum
Aushalten“

Belastende
„Ausfalls-
erscheinungen“

Das Eingebundensein des Menschen in ein engmaschiges und tragfähiges Sozialgefüge ist bei weitem kein garantiert-sicherer Schutzbrief gegen Depressionen. Andererseits aber gilt laut ausgewiesener Erfahrung: Entwurzelung und Vereinsamung spielen oftmals eine nicht zu unterschätzende Rolle beim Zustandekommen einer Depression, und sie wirken sich vor allem erschwerend auf den Krankheitsverlauf aus. Depressive brauchen Geborgenheit, Wärme, Nähe wie jeder Schwerkranke, ja, entsprechend ihrer Hilflosigkeit, noch mehr als dieser. Und sie brauchen ein Verständnis, das auch das Nicht-Verstehbare (das rational nicht in den Griff zu Bekommende, eben das jedem Depressionserlebnis eignende Irrationale, was aber für den Kranken selber genauso real ist wie ein rational Faßbares) umgreift. Vor diesem hohen, jedoch der Situation des Depressiven einzig adäquaten Anspruch an begleitendes Helfen versagen die nächsten Angehörigen des Kranken vielmals. Auch dafür ist noch einmal unser Verständnis herausgefordert. Im Ehepartner, um nur ein Beispiel von Nächstenschaft anzuvisieren, den prädestinierten Begleiter eines Depressiven zu vermuten, hält der Wirklichkeit nicht stand. Man muß sich den sehr banalen, aber ebenso gewichtigen Tatbestand vergegenwärtigen: In der Ehe leben zwei Menschen hautnah beisammen. Der gesunde Teil ist von der Depression seines Partners in einem Maß mitbetroffen wie niemand sonst. Das Dunkel, das den Kranken so schwer belastet, strahlt auch auf die Personen des nächsten Umfeldes aus. Wenn unsere Patienten befürchten, auf die Angehörigen „ansteckend“ zu wirken, haben sie nicht einmal ganz unrecht. Es ist bei allem Eintreten für die Kranken sehr nüchtern festzuhalten: Depressive wirken auf ihre Nächsten unheimlich (was ihnen jedoch nie angelastet werden dürfte, jedoch de facto wird!); sie stiften eine „depressive Atmosphäre“, die für die in Hausgemeinschaft lebenden Angehörigen „fast (oder überhaupt) nicht zum Aushalten ist“ (bei allen in dieser Skizze angeführten Aussagen handelt es sich notabene um wörtliche Zitate). Die Freudlosigkeit, der Interesseverlust, die krankheitsbedingte Distanz des Kranken zu seiner Umwelt, seine vermeintliche Unansprechbarkeit und seine keinen vernünftigen oder vernünftelnden Argumenten zugängliche In-sich-Gekkehrtheit rufen bei den Angehörigen Hilflosigkeit, aber eben auch Aggressionen hervor. Dazu kommen die vielbeklagten „Ausfallserscheinungen“. Besonders gravierend ist der Ausfall einer erkrankten Mutter von noch jungen Kindern. Der gesunde Partner sieht sich vor die Notwendigkeit gestellt, stellvertretend die Aufgaben des

Gelingende Begleitung
als Ausnahme

Bewährung
für Freunde

Sinnlose Appelle
an den guten Willen

krankgewordenen Partners zu übernehmen, und fühlt sich damit überfordert; in vielen Fällen ist er es tatsächlich auch. Wir müssen der Durchschnittsmentalität und den durchschnittlichen äußeren Umständen Rechnung tragen, bevor wir einem Ehegatten oder sonstigen im gleichen Haus wohnenden Verwandten die un-geteilte Last der Verantwortung für den Kranken und die Aufgabe der Geleithilfe überbinden. Die heutigen Menschen und entsprechend ihre Ehen und Familienbeziehungen sind nun einmal wenig belastbar. Jeder fühlt sich – ob zu Recht oder zu Unrecht – bis an die Grenzen seiner Tragfähigkeit ausgelastet von seinen eigenen Verpflichtungen. „Unvorhergesehenes“ – und dazu gehört jeder Fall von Erkrankung eines Familienmitgliedes – ist nicht eingeplant. Die üblichen Arbeitsverhältnisse erlauben es auch nicht, die Berufstätigkeit zu sistieren, um dem kranken Ehepartner das erforderliche Maß an Zuwendung und Zeithaben zu geben. Was im Fall des Ehepaares Weber-Gast (vgl. die weiterführende Literatur) glückte, ist fast ein idealtypisches Modell. Es läßt sich jedoch keinesfalls auf alle Ehepaare anwenden, da die persönlichen wie die äußeren Verhältnisse dafür nur in sporadischen Ausnahmefällen gegeben sind. Denken wir dann noch an die vielen Alleinstehenden unter den depressiv Erkrankten, muß man wohl nach anderen Begleitern und Helfern Ausschau halten. Freunde kommen dafür vorzüglich in Betracht. Es ist schon viel gewonnen, wenn Angehörige (Ehepartner, erwachsene Kinder und eben auch Freunde) mit dem Kranken verständnis- und liebevoll umgehen und jeder der Beteiligten das *ihm Mögliche* an Zuwendung und verfügbarer Zeit im Dienst am Kranken erbringt. Echtes Verständnis erweist sich vor allem darin, daß einem Depressiven Entlastungshilfen zuteil und keine Forderungen gestellt werden, die sein Entsprechungsvermögen übersteigen. Der Imperativ „Du mußt, Du sollst“ ist strikte zu vermeiden. Die immer wieder und noch zu hörenden Anforderungen der Umwelt, „du mußt dich nur zusammenreißen, du mußt nur wollen, mit etwas mehr Willen könntest du arbeiten und deinen Pflichten nachkommen – es fehlt dir ja nichts, es ist ja alles nur psychisch“ (sic!), veraten ein nacktes Unverständnis. Das penetrante und aggressive Einreden auf den Kranken bewirkt keinerlei Aufrichtung und Aktivierung, sondern nur eine Verschärfung seines Leidens, fühlt doch der Patient dadurch seine Interpretation, ein völliger Versager zu sein, bestätigt. Appelle an den guten Willen sind sinnlos. *Ein an Depression Erkrankter kann nicht wollen*, so sehr er es sich wünscht. Bei jedem Vorschlag im Ton der Einladung und

Ermutigung, dieses oder jenes zu probieren, ist jeweils dem aktuellen Zustand des Patienten Rechnung zu tragen. Also wohldosierte Vorschläge und Anregungen, keine Befehle! Gewiß: der Depressive braucht kräfteaktivierende Impulse seitens der Mitmenschen, denn sich selber traut er ja gar nichts zu; aber es kommt darauf an, was man wie sagt. Jedes Gelingen ist zu honorieren, kein Mißlingen eines Versuches darf auf unmutige, ungeduldige Reaktionen stoßen! Nur der Weg der kleinen Schritte in unentwegter Geduld führt zur Reaktivierung der durch die Depression lahmgelegten seelisch-geistigen Vermögen und deren Übersetzung in die Psychomotorik; verhilft zur Wiederfindung eines langsam erwachenden und wachsenden Selbstvertrauens und Selbstwertbewußtseins des Kranken. Seine Angehörigen und Freunde brauchen ihrerseits Unterstützung und Hilfe durch andere Beteiligte: Aufklärung über den Zustand des Patienten, über die Eigentümlichkeit der Krankheit Depression: daß sie wie fast keine andere den ganzen Menschen erfaßt; Verständnis für die Schwierigkeiten der Angehörigen und Freunde, Ermutigung und Stärkung ihrer oftmals angefochtenen Durchhaltebereitschaft. Moralisieren ist fehl am Platz. Das gilt sowohl für den Umgang mit Depressiven wie im Umgang mit ihren Angehörigen. Auch die zum nächsten Kreis der Kranken zählenden Personen sind Menschen mit ihren begrenzten Möglichkeiten, angewiesen auf die sie unterstützenden, mittragenden und verstehenden Mitmenschen.

Aufklärung
und Unterstützung
für Angehörige
und Freunde

III. Behandlungskonzept:

Kluge
Lasten-Verteilung

Hilfe durch die
kirchliche Gemeinde

Zu einem richtigen Behandlungskonzept bei Depressionen gehört eine kluge Lasten-Verteilung. Die Hauptverantwortung trägt der Arzt. Er legt den Behandlungsmodus fest. Am besten bewährt sich eine Kombination von Medikamenten (trizyklische Antidepressiva) und Psychotherapie, die vom gleichen Arzt durchzuführen ist. In das therapeutische Konzept miteinzubeziehen sind: Angehörige, Freunde, der Seelsorger und geeignete, d. h. im Umgang mit Depressiven oder anderen psychisch Kranken vertraute und geübte Glieder der kirchlichen Gemeinde. Immer wieder machen wir die Erfahrung, welche Hilfe den Kranken und ihren Angehörigen zuteil wird durch eine lebendige Gemeinde. Einer Gemeinde, die den Betroffenen und die Mit-Betroffenen in ihre Mitte nimmt, sie stützt und trägt, ihnen in ihrer Not und ihren Schwierigkeiten handfeste Hilfe bietet (Ent-pflichtung des Kranken durch praktisches Anpacken der dabei anfallenden Aufgaben und Arbeiten; z. B. Betreuung der Kinder, Mithilfe in Haushalt und Garten, Begleitung des Patienten auf Spaziergängen, Besorgung von Einkäufen oder schriftli-

Bedauerliche
Verständnislosigkeit
und „dogmatische“
Pauschalurteile

Falsche
Unterscheidung
zwischen körperlichen
Krankheiten
und Depressionen

Statt „geistlicher“
Zusprüche echte Sorge
um den Menschen

chen Arbeiten etc.) und sie in echter Mitsorge in ihre Fürbitten einschließt.

Es kann einem manchmal das Frieren und Erschrecken kommen ob der Kälte und der nach wie vor in kirchlichen Kreisen und bei Amtsträgern grassierenden Verständnislosigkeit gegenüber menschlichen Nöten und Lebensschwierigkeiten und insbesondere gegenüber psychisch Kranken (Depressiven u. a.). Trotz aller Aufklärung hört man auch heute noch in der Predigt oder in Gesprächen mit Pfarrern und Kaplänen (selbstverständlich nicht allen, Gott sei Dank!) die mit dogmatischem Anspruch vortragene Meinung: die Zunahme der psychischen Krankheiten – die Depression wird sogar noch ausdrücklich genannt – sei der schlagende Beweis für den Glaubensschwund und die sittliche Verelendung des heutigen Menschen. Wären die Leute gläubiger, gingen sie öfter zu den Sakramenten, insbesondere zur persönlichen Beichte, pflegten sie das private und gemeinschaftliche Gebet häufiger – sie kämen mit den Lebensschwierigkeiten klar und brauchten keine Psychiater und Psychotherapeuten. Ein echter Christ meistert sein Leben aus dem Glauben und mit Gottvertrauen; er wird nicht depressiv, sondern ist in jeder Lage und Bedrängnis, in Krankheit und Leiden „allzeit froh im Herrn“. Merkwürdiger- oder vielleicht eher bezeichnenderweise ziehen die ihres Glaubensbesitzes so sicheren Amtsträger und Laien eine klare Grenze zwischen somatisch und psychisch Kranken. Niemand fällt es ein zu fragen: Warum erkrankt auch ein Christ an einer Infektionskrankheit, einem Herzleiden usw. oder zieht sich bei einem Unfall schwere Verletzungen zu? Aber die Frage (wieder wörtlich zitiert) „Warum oder wieso bekommt auch ein Christ eine Depression?“ ist keinesfalls vereinzelt zu hören. Kurz: die uns hier beschäftigende schwere Krankheit ist also keine, sondern Ausdruck oder Folge eines schweren moralischen schuldhaften Versagens (dezidiertes Unglaube!) oder die Manifestation dämonischer Einflüsse. Es ist gar nicht so selten, daß die Depression ausdrücklich genannt wird, wenn von den modernen Erscheinungsformen der in der Welt wirksamen Macht der Dämonen die Rede ist. – Es ist offensichtlich einfacher, die depressiv Erkrankten zu verketzern und sie moralisch abzuqualifizieren, als sich persönlich auf ihre tiefe Not einzulassen. Ist die Begegnung mit ihnen unvermeidlich, kann man sich billig des persönlichen Engagements entziehen, indem man sie mit den so leicht über die Lippen kommenden „geistlichen Zusprüchen“ abfertigt: „Sie müssen nur mehr glauben, mehr Gottvertrauen aufbringen, regelmäßig beten – dann geht

es Ihnen gleich besser.“ Wo aber bleibt denn echte Seelsorge, Sorge um den leidenden Mitmenschen, dessen Leidenssituation ganzheitlich zu verstehen und anzunehmen ist ohne Engführung und Isolierung der bei vielen Depressiven, sofern sie gläubig sind, anzutreffenden Glaubensnot von der Gesamtsituation, in der der Kranke sich befindet?

Besondere Bedrängnis
von gläubigen
Depressiven

So paradox es auf den ersten Blick klingt, entspricht es doch der Realität: Ein tiefgläubender Mensch, der an einer Depression erkrankt, ist in gewisser Hinsicht – nämlich was die existentielle Bedrohung anbelangt – in eine noch ärgere Bedrängnis versetzt als der ungläubige Mensch. In der tiefsten Dunkelheit seiner Krankheit ist er nämlich der Dimension beraubt, die in gesunden Tagen der tragende Grund seines Daseins war – der Beziehung zu Gott und den Mitmenschen. Man kann dies nur begreifen, wenn man die Aussagen der Depressiven im Horizont der Teilhabe an ihrem Leiden vernimmt und ihr Erleben voll und ganz ernst nimmt. Davon ist nämlich auszugehen und nicht vom Erleben und Selbstverständnis des Gesunden und nicht von vorgefaßten theologischen Konstrukten, die vorgeben, was ein Mensch denken, empfinden und erleben *sollte*.

Im vertrauten Umgang mit Depressiven wird folgendes offenbar: für einen Christen, der vor seiner Erkrankung sein Leben auf Gott gesetzt hat, für den Jesus Christus die Sinnmitte seines Lebens war, dem Gebet, gottesdienstliches Feiern und Schriftmeditation Vollzüge seines eigenen religiösen Lebens waren, ist mit deren krankheitsbedingtem Verlust gleichsam der Boden seiner Existenz entzogen. Wie sehnlich verlangt er, glauben, hoffen und lieben zu können, und weil er dies nicht vermag, fühlt er sich von Gott nicht nur verlassen, sondern verstoßen und verworfen. Das ist die Höllenerfahrung der Depressiven und wird von ihnen selber unmittelbar oder im Rückblick darauf so genannt. Auch wenn bei weniger schweren Formen der Krankheit die Entzogenheit (= die Paralyse der religiösen Beziehung) „nur“ so weit reicht, daß die Glaubensinhalte dem Kranken fern und entleert erscheinen, die Frohe Botschaft ihm unerreichbar wird („für andere gilt sie – für mich nicht mehr, ich bin ausgeschlossen“), wenn er noch – freilich ohne innere Beteiligung – zu beten vermag, indem er sich an altvertrauten Gebetstexten festmacht, ist seine Lage prekär: er ist ein Trostloser geworden, die Quelle seiner Lebenskraft scheint ihm für immer verloren. – Wie zynisch, verletzend und den Kranken in ein noch größeres Dilemma verstoßend klingen in solchen Situationen die geistlichen Pa-

Glaubwürdigkeit
durch Mitleiden

tentrezepte: „Mehr Glauben, mehr Gottvertrauen haben.“ Da wird ihm ja noch einmal von außen her gesagt, was er sich täglich selber sagt: selber schuldig an seiner Lage, ein von den Menschen und Gott verworfener Sünder, für den es kein Heil, keinen Neuanfang gibt, weil er ja die Voraussetzungen dafür nicht mehr erbringen kann!

Aus allem bisher Dargelegten dürfte deutlich geworden sein: so wenig der Arzt zu helfen vermag, wenn er sich auf die Verschreibung von Medikamenten beschränkt, ohne in der begleitenden Psychotherapie, in den erschließenden und erhellenden Gesprächen sich selber ins Spiel zu bringen, so unfruchtbar bleibt ein seelsorgliches Handeln, das nur Vorschriften und Diskriminierung anbietet, ohne das Leiden des Kranken mitzutragen. Ohne ein Mitleidender zu werden, verliert der Seelsorger jegliche Glaubwürdigkeit. Depressive haben trotz ihrer getrübbten Wahrnehmung ein feines Gespür für echt und unecht, Verständnis oder Unverständnis. Auch wenn sie in den dunkelsten Passagen ihrer Krankheit unansprechbar wirken, kaum Reaktionen zeigen, erreicht sie doch das aus echter Teilhabe und Wissen um ihre Not herkommende Wort: Worte der Güte, Worte der im Glauben gründenden und von Liebe erfüllten Hoffnung, der glaubenden Zuversicht, der tröstenden mitmenschlichen Nähe. Diese Worte sind das menschliche Vehikel der zu verkündenden Nähe des grenzenlos liebenden Gottes. Sie sind die – in solchen Situationen unverzichtbare – menschliche Vermittlung der Verheißung: Gott ist mit uns im Leiden. Gott eröffnet uns Zukunft, er führt uns hinaus ins Weite. Zum Gebet ermutigend wirkt der Seelsorger nicht durch Appelle „Sie müssen, Sie sollen . . .“, sondern indem er mit dem Kranken, für ihn und gleichsam an seiner Statt betet, der Leidenssituation und ebenso der persönlichen Ausdrucksweise des Patienten angemessen. Unschwer läßt sich ermitteln, was und wie der Kranke in gesunden Tagen gebetet hat. Hier ist anzusetzen. Damit wird ihm der Mitvollzug ermöglicht, wenn zunächst auch nur anfanghaft und schrittweise. Die biblischen Schriften des Neuen und vor allem auch des Alten Testaments bieten mannigfache Identifikationsmöglichkeiten für den Kranken (die Passion – Gethsemane! – und das Sterben Jesu, die Gottesknechtlieder, das Buch Hiob, die Klagepsalmen – um nur einige Stichworte zu nennen). In der modernen Gebetsliteratur findet der Seelsorger auch wertvolle Anregungen für das situationsgemäße Beten mit dem Depressiven.

Mit dem Kranken
beten!

Krankensalbung
für Depressive!

Für den Patienten wie für seine Angehörigen und andere Bezugspersonen kann eine sorgfältig gestaltete Feier des Sakramentes der Krankensalbung eine wirksame Hilfe

bieten, allein schon deshalb, weil die Beteiligten sich dann nicht alleingelassen fühlen, sondern hineingenommen in die umfassende Gemeinschaft der Glaubenden und Betenden. Den richtigen Zeitpunkt für die Spendung des Sakramentes merkt ein sensibilisierter Seelsorger am besten selbst. Bei Depressiven tut man wohl gut daran, die liturgische Feier erst nach Überwindung des Tiefstpunktes der Krankheit anzusetzen.

Die Begleitung von depressiven Kranken ist zugegebenerweise nicht einfach, und sie ist vor allem langfristig (durchschnittliche Dauer einer Depression von *Behandlungsbeginn* – sic! – bis zur völligen Genesung ca. neun Monate bis ein Jahr!). Vielleicht schrecken viele Mitchristen gerade deshalb vor der Aufgabe zurück. Man muß aber wissen, daß das Engagement nicht in allen Phasen die gleiche Intensität erfordert. Je mehr der Kranke seiner Genesung entgegengeht, nach dem langen qualvollen Dunkel wieder ins Licht findet, desto selbständiger wird er aktiv und nimmt seine Verpflichtungen und seine menschlichen Beziehungen wieder auf. Depressive haben kein „geheimes Interesse“ an ihrem Kranksein, sie wollen gesund werden! Die Phase der Verarbeitung der durchgemachten Krankheit verlangt aber noch immer die Mithilfe der dem Patienten vertraut gewordenen Bezugspersonen, vorab des Arztes und des Seelsorgers.

Das Heilwerden eines so arg geschlagenen und versehrten Menschen mitzuerleben, ist dermaßen beglückend, daß jeder Aufwand tausendfach belohnt wird. Der nach einer schweren Depression Genesene ist nicht mehr derselbe, der er vor seiner Erkrankung war. Die Erfahrung des Leidens prägt ihn nachhaltig. Er nimmt das Leben wie ein Geschenk entgegen, und nichts, was ihm früher selbstverständlich war, ging ihm in der langen dunklen Passage verloren; aber jedes Gute ist ihm nicht mehr selbstverständlich. Seine frühere Erlebnisintensität und Liebesfähigkeit werden durch die Leidenserfahrung noch einmal mehr vertieft, das Selbstverständnis bereichert, die Sensibilität für fremdes Leid verfeinert, der im Dunkel der Nacht so schwer geprüfte, vermeintlich vernichtete Glaube an die Menschen und an Gott gewinnt an Lebendigkeit und Reife. Und jeder, der einen Depressiven den ganzen Weg begleitet hat, erfährt sich selber als einen Beschenkten, weil er innewird, daß er selber einen wichtigen Lernprozeß durchgemacht hat. Wer in Abgründe geschaut hat, hat die Erfahrung von der Tiefendimension menschlicher Existenz hinzugewonnen.

Weiterführende Literatur: *Ingrid Weber-Gast*, Weil du nicht geflohen bist vor meiner Angst, Mainz ³1981; *Ursula Goldmann-Posch*, Tagebuch einer Depression, 1958; *Sabine Naegeli*, Du hast mein Dunkel geteilt. Gebete an unerträglichen Tagen, Freiburg ³1984.

Kein „geheimes
Interesse“,
krank zu sein

Beglückende
Lernerfahrungen
für Kranke
und Begleiter