

2/ 2004
21.Jahrgang

TAGUNGSBERICHT

Im Schatten des Lebens: Depression und Suizidalität

INHALT

Impressum	38	
ORIGINALARBEIT		
Moralphilosophische Überlegungen zu Suizid und Suizidprävention und deren existenzanalytische Verortung (<i>Emmanuel J. Bauer</i>)	44	
VORTRÄGE		
Existenzanalyse der Depression (<i>Alfried Längle</i>).....	4	
Überblick über die existenzanalytische Psychotherapie bei depressiven Störungen (<i>Alfried Längle</i>)	18	
Von Schwarzgalligkeit, sündigem Überdruß und Depression (<i>Brigitte Heitger-Giger</i>)	24	
„Aus dem Leben fallen“ (<i>Lilo Tutsch</i>)	30	
Die Macht der Nacht (<i>Elke Dominik</i>)	32	
Eine literarische Falldarstellung aus dem Emmental (<i>Rodolphe Leuenberger</i>).....	34	
Beschämte Scham bei depressiven Menschen (<i>Daniel Hell</i>)	39	
Depression ist eine Krankheit, Suizid eine Handlung (<i>Konrad Michel</i>)	58	
„Wenn das Leben keinen Sinn mehr hat...“ (<i>Anton Nindl</i>).....	63	
SYMPOSIA		
„... und nach einem Suizid muss ich weiterleben!“ (<i>Rupert Dinohobel</i>)	67	
Lebensmüdigkeit und Selbstbestimmung (<i>Gundula und Hans-Walter Ruckenbauer</i>)	68	
Depression im Kindes- und Jugendalter (<i>Michaela Probst</i>)	72	
Wenn Kinder Kinder neurotisieren (<i>Christa Lopatka</i>)	78	
Der Weg zur inneren Bewegung (<i>Karin Steinert, Silvia Längle</i>)	82	
Depression im Alter (<i>Theres Jones-Schläfli, Erika Luginbühl, Regula Angeli, Christian Streit</i>)	87	
Depression als psychobiologisches Phänomen (<i>René Hefti, Dorothea Hefti, Regula Angeli</i>).....	91	
FORUM		
Kurze Erwiderung auf Espinosas Kritik zum Artikel „Die verletzte Würde“ (<i>Fernando Lleras</i>)	96	
BUCHBESPRECHUNGEN		98
PUBLIKATIONEN		101
BEILAGE: GLE - INFO		

BANKVERBINDUNGEN DER GLE-INT.

Österreich:	Konto Nr.: 040-33884, Erste Österr. Spar-Casse-Bank, BLZ 20111
Deutschland:	Konto Nr.: 7000006, Acredobank Nürnberg, BLZ 76060561
Schweiz:	Konto Nr. 203054-10-556, Credit Suisse
Andere Länder:	Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels DC, VISA, EC/MC

BANKVERBINDUNGEN DER LÄNDERVEREINE

GLE-Österreich:	Konto Nr.: 281-120-961/00, Erste Österr. Spar-Casse-Bank
GLE-Deutschland:	Konto Nr.: 903 073 306, Postbank Hannover
IGEAP-Schweiz:	Konto Nr. 42 391044435, Berner Kantonalbank (BeKB)

ABO-PREISE FÜR DIE EXISTENZANALYSE

Jahresabonnements für Nichtmitglieder: Euro 25,-/sfr 38,- inkl. Versand
Einzelpreis: Euro 16,-/sfr 24,- inkl. Versand (Europa) – Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.
Die EXISTENZANALYSE mit Info Beilage erscheint 2 mal jährlich.

Wissenschaftlicher

BEIRAT

Michael ASCHER Philadelphia (USA)
Karel BALCAR Prag (CZ)
Gion CONDRAU Zürich (CH)
Herbert CSEF Würzburg (D)
Nolberto ESPINOSA Mendoza (ARG)
Reinhard HALLER Feldkirch (A)
Hana JUNOVÁ Prag (CS)
Christoph KOLBE Hannover (D)
George KOVACS Miami (USA)
Jürgen KRIZ Osnabrück (D)
Anton-Rupert LAIREITER Salzburg (A)
Alfried LÄNGLE Wien (A)
Karin MATUSZAK-LUSS Wien (A)
Corneliu MIRCEA Temesvar (RO)
Christian PROBST Graz (A)
Heinz ROTHBUCHER Salzburg (A)
Christian SIMHANDL Wien (A)
Christian SPAEMANN Braunau (A)
Michael TITZE Tuttlingen (D)
Liselotte TUTSCH Wien (A)
Helmuth VETTER Wien (A)
Beda WICKI Unterägeri (CH)
Wasiliki WINKLHOFFER München (D)
Elisabeth WURST Wien (A)

HINWEISE

Autoren- und Stichwortverzeichnis

der Publikationen der GLE
[www.gle.at/exec/4/37/
Archiv/4.html](http://www.gle.at/exec/4/37/Archiv/4.html)

Scientific Journal
European Psychotherapy
Topic of Vol.4, No.1, 2003:
Existential Analysis
Seite 86

Kongress GLE-Int. Die verletzte Person Trauma und Persönlichkeit Programm liegt bei

Jürgen Kriz
Neues Ehrenmitglied

Elvira Corrales
Neues Korrespondierendes
Mitglied

THEMEN-VORSCHAU

1/2005

Supervision

2/2005

Trauma und Persönlichkeit

1/2006

Erotik, Sexualität und Liebe

Redaktionsschluss EA

Nummer 1/2005

01. 02. 2004

gle@existenzanalyse.org
<http://www.existenzanalyse.org>

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen !

Es ist schon Tradition, dass die zweite Ausgabe des Jahres dem Thema des GLE-Kongresses gewidmet und somit ein Tagungsbericht ist: heuer in Bern ging es um Depression – die dunkle, schattenhafte Seite des Lebens. Den Ausführungen vorangestellt ist das existenzanalytische Verständnis und die Therapie der Depression. Die weitere Annäherung an das Thema gewährt einen Blick in die historische Entwicklung der Wahrnehmung und Umgangsweise mit Depression und führt zu einer Einführung mittels Literatur und darstellender Kunst. Unmittelbar verbunden mit der Depression ist die Suizidalität; ihr wird ausgehend von einer Aufbereitung moralischer Positionen zum Suizid mit Beiträgen über die existenzanalytische Sichtweise und dem daraus erwachsendem therapeutischen Procedere nachgegangen. Die Berichte der Symposia geben zudem Einblick in praxisnahe Erfahrungen im Umfeld der Depression. Die Beiträge der Gastreferenten D. Hell und K. Michel runden das Heft ab.

In unserem Anliegen, das Tagungsthema sowohl in der Breite der Erfahrungen als auch in einer vertieften Bearbeitung zu präsentieren, ist es ein besonders umfangreiches Heft geworden.

Nun sind es bereits 10 Jahre, seit ich die Redaktion unseres Heftes übernommen habe, und wir sind sehr zufrieden, dass mit der Veränderung der GLE auch unser ehemaliges Bulletin zu einem Fachjournal mit gewachsen ist. Neben den vielen Stunden redaktioneller Arbeit beruht die Möglichkeit einer solchen Zeitschrift auf dem Engagement einer wachsenden Zahl von Kollegen und Kolleginnen, die als Autoren die Mühe einer Publikation auf sich nehmen und damit die Zeitschrift zu einem lebendigen Körper der Existenzanalyse gestalten. Ihnen gilt immer wieder unser Dank für die fruchtbare Zusammenarbeit. Andererseits wäre dieses Publikationsorgan derzeit in diesem Umfang für die GLE unfinanzierbar, stünde die redaktionelle Arbeit nicht auf einer ehrenamtlichen Basis. Und da gebührt mein Dank unserem vorbildlichen Redaktionsteam, mit dem mir unsere Zusammenarbeit Freude macht. Karin Steinert als stellvertretende Chefredakteurin ist zu meiner „rechten Hand“ geworden und betreut vieles selbständig, Astrid Görtz und Fernando Lleras sind als kritische, geistige und tätige Mitstreiter sehr hilfreich gestaltend. Claudia Klun, die mittlerweile am längsten an meiner Seite stand, verlässt nun allerdings unser Team, um sich auch wieder anderen Aufgaben zu widmen. Von Herzen möchte ich ihr danken für ihr großes und langjähriges Engagement, mit dem sie vor allem auch in den mühsamen Zeiten ohne unterstützendes Sekretariat sehr gewissenhaft und mit vielen Impulsen zum Gelingen beigetragen hat. Mit Sabine Wutschek als Sekretärin und Layout-Verantwortliche sind wir inzwischen auch wieder gut unterstützt.

Alfried Längle als Begründer der Zeitschrift hatte in den letzten Jahren nach der Übergabe der Redaktion darin keine Funktion mehr inne, obwohl wir uns jederzeit an ihn als Gesprächspartner wenden konnten. Wir freuen uns über seine Bereitschaft, uns nun als Mitglied des wissenschaftlichen Beirates zur Seite zu stehen.

Nicht nur die Interna der Zeitschrift sind in einem ständigen Fluss, auch das Jahr neigt sich bereits wieder seinem Ende zu. Wir wünschen Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, ein friedvolles Weihnachtsfest und glückliches Jahr 2005!



Ihre Silvia Längle
Im Namen des Redaktionsteams

Existenzanalyse der Depression

Entstehung, Verständnis und phänomenologische Behandlungszugänge

Alfried Längle

Inhaltlich wird Depression in der Existenzanalyse verstanden als eine anhaltende Störung des Lebensbezugs (formal-genetische Verständnisse sehen in ihr beispielsweise blockierte Aggression oder Fehllernen). Die phänomenologische Sicht der Existenzanalyse beschreibt das Leiden der Depression darin, daß der Wert, den das Leben hat, nicht gehoben und gelebt werden kann. Diese Trennung der Person vom erwärmenden, kräftigenden, bewegenden Lebenswert ist verbunden mit mangelhaften Beziehungen zu Werten des täglichen Lebens. Schutzreaktionen wie Rückzugs- oder Leistungsverhalten setzen ein. Halten die Gefühle von Lebensmangel oder Lebensverlust an, so fixieren sich die Schutzreaktionen; es bildet sich die depressive Störung aus.

Die Existenzanalyse beschreibt drei Hauptströmungen der Psychopathogenese und weist dementsprechend drei Hauptrichtungen der Behandlung auf. Zugänge zur Prophylaxe und zu einem dialogischen Verständnis werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Depression, Lebensbezug

In substance, existential analysis understands depression as a persisting obstruction of the relation to life (formal-genetic approaches of comprehension view it, for example, as blocked aggression or faulty learning). The phenomenological view of existential analysis describes the suffering in depression as a failure to salvage and to live the value of life. The severance of the person from the warming, invigorating and moving value of life is accompanied by an insufficient relation to the values of daily life. Protective reactions such as retreat or obsessive performance will set in. If the feelings of lack, of a deficiency or a loss or life persist, the protective reactions will be fixated, and a depressive disorder will be developed.

Existential analysis describes three main currents of psychopathogenesis and shows three corresponding major starting points for therapy. Approaches to prophylaxis and a dialogical understanding will be shown.

Key words: Existential Analysis, depression, relation to life

1. Bilder des Lebens - eine Einführung

Wenn wir über die Depression in einer *existentiellen* Weise nachdenken, kommen wir über kurz oder lang auf die *Beziehung* des Menschen *zum Leben*. Beziehungen aber sind nicht immer einfach – und so wird auch unser Thema sein: kompliziert genug, wie Beziehungen eben sein können. Depression ist also in Kurzform die „komplizierte Beziehung zum Leben“.

Diese ist bei *Kindern* noch einfach. Von unserer Anlage her ist ein komplizierter Umgang mit dem Leben offensichtlich nicht vorgesehen. Weil uns die Beziehung zum Leben oft nicht mehr so einfach gelingt, berührt es uns, wenn wir den Kindern zusehen: mit welcher Natürlichkeit sie an das Leben herangehen, sich in ihm aufhalten, so ungebrochen und vital, durchpulst und getragen von seiner Lust, seiner Kraft, seinem Leid. Die Freude am Leben kommt uns hier ungebro-

chen entgegen. – Es ist nicht nur unser Alter, auch unsere *Zivilisation* erleichtert uns nicht die Beziehung zum Leben. Sicherlich ist es in unseren Breiten leichter zu überleben als z.B. in Schwarz-Afrika. Dafür ist es aber schwerer, eine enge und unkomplizierte Beziehung zum Leben aufzubauen und zu erhalten. Und dies, obwohl unser Leben viel weniger bedroht ist. Wir verhungern nicht wegen einer Dürre und erkranken nicht an infiziertem Wasser. Aber diese Not macht den Wert des Lebens sichtbar, läßt fühlen, was Leben ist. Unsere kulturellen und zivilisatorischen Errungenschaften wirken auf unser Erleben zurück: wir gehen nicht mehr barfuß, wir essen mit Besteck, benützen Verkehrsmittel, Instrumente, Maschinen, schauen fern. Als Folge dieser Errungenschaften haben wir weniger *direkte Berührung* mit dem Boden, mit dem Unmittelbaren. Meistens stehen Dinge zwischen uns und dem natürlichen Leben. Wir stehen mehr in Berührung mit dem, was wir Menschen selbst gemacht haben, als mit dem

Natürlichen.

Wenn wir in unseren Kreisen der Psychologie und Psychotherapie fragen, was wir unter „Leben“ verstehen, habe ich meistens durchgängig positive Bezüge erhalten. Sie geben die Beziehung zum Leben wie ein Spiegel wieder (wobei allerdings offen bleibt, inwieweit diese Beziehung eine reale oder eine gewünschte ist). Wenn wir uns also fragen: „Was ist für mich Leben?“ oder wenn wir von jemandem sagen: „Der hat wirklich gelebt!“, dann erhalten wir spontan eine bunte Palette von Antworten wie: lachen, weinen, essen, trinken, genießen, tanzen – interessanterweise immer Bilder mit Bewegung und Dynamik – Natur, Fühlen, „Erleben“, weiters Stille, Glück, auch Aufregung und sich aufregen, Wut, Abenteuer, Sexualität. Es sind also kräftige, lustvolle, vitale Bilder, die wir unmittelbar mit Leben verbinden. Dabei fällt auf, daß das Kranke, Schwache, Depressive nicht mit Leben assoziiert wird.

Wenn dies unter Leben verstanden wird, dann ist auch die gängige Reaktion zum Leid, zum Kranken und zum Depressivsein verständlich: wer sich nicht einklinken kann ins Leben, verpaßt es, gehört nicht dazu. Wer nicht rechtzeitig beginnt, den straft das Alter, die Geschichte. Leben ist jung, beschwingt, natur- und körperverbunden.

Natürlich *wissen* wir, daß auch Hunger, Not, Krankheit, Seuchen, Krieg, Vergewaltigung, Depression, Angst und Tod zum Leben gehören. Aber wir *empfinden* sie spontan nicht als Leben. Daher fühlt sich vom Leben getrennt, wer damit zu tun hat, sieht sich am Abstellgleis, ist „nicht dabei“, ist bedauernswert.

I. Anthropologische Grundlagen der Depression

2. Leben ist sich beziehen zu dem, was ist

Die Frage, was Leben ist, ist sicherlich schwierig; dabei mag das spontane Empfinden durchaus einen Hinweis geben. – Aber wenn wir das Leben *existentiell*¹ betrachten – also weder biologisch, noch medizinisch oder evolutions-theoretisch –, so erscheint uns Leben als eine Kraft, mit der Bewegung und Veränderung verbunden ist. Dadurch bringt uns *Leben in „Beziehung zum Dasein“*. Die Wirkung des Lebens besteht also darin, daß es uns *in Beziehung setzt*. Anders gesagt heißt das: erst durch Bezugnahme und Bezogensein wird Dasein zu „Leben“. Schon Buber (1973, 65f.) meinte: „Wo keine Teilnahme, ist keine Wirklichkeit.“ Wegen des gefühlsmäßigen Bezogenseins zum Dasein lautet die Frage nach dem Leben nicht: „Bin ich da?“, sondern: „Wie bin ich da? – Wie wirkt sich mein Bezogensein auf mich aus?“ Das Bezogensein zum Dasein kann unterschiedliche Qualität und Intensität haben.

Diese Fähigkeit des Lebens, sich auf das Sein beziehen zu

können, wird durch *drei Charakteristika* ermöglicht. Von den vielen möglichen Beschreibungsformen des Lebens sollen sie hervorgehoben werden. Sie scheinen uns außerdem im Zusammenhang mit der Depression besonders wichtig.

Wir bezeichnen Leben als Bezogensein zum Dasein. Im Bezogensein geschieht immer **Austausch**. Austausch und Bezugnahme auf das Eigene ist das grundlegende Geschehen in der Beziehung. Dadurch wird aus dem Kontakt Beziehung. Ist der Mensch *tot*, ist kaum noch Austausch da mit der Welt und keiner mehr in der Bezugnahme auf das Eigene; weder ist da Austausch an Nahrung auf der biologischen Ebene noch an Information auf der geistigen. Totsein heißt, keine Beziehung mehr haben zu können. Wer sich z.B. psychisch „wie tot“ fühlt, kann sich nicht mehr in Austausch bringen mit seiner Welt und mit den anderen. Einen solchen Menschen hält dann nichts mehr in der Welt – denn es ist das Leben, was uns in der Welt hält, was die Beziehung zum Dasein in der Welt schafft.

Ein zweites Charakteristikum von Leben sind der *Wechsel* und die **Veränderung**, welche im Leben allgegenwärtig sind. Überall, wo von Leben die Rede ist, ist Wachsen, Reifen, Vergehen; ist Erstarren und Ermüden, ist Hunger und Sättigung. Es ist ein Charakteristikum des Lebens, daß es ein *Fließen* enthält. Leben ist mit der Natur des Wassers aufs engste verbunden – „Corpora non agunt nisi soluta“ – „ohne Wasser kein Leben“ – heißt eine der ältesten Erkenntnisse der Lebenskunde. Und die Medizin formuliert seit der Antike: „Wo Stase, da Nekrose“ – wo keine Bewegung, keine Veränderung, da stirbt das Gewebe. So sehr ist Leben – auch biologisches Leben – an Wechsel und Veränderung gebunden, daß man mit seinem Ausbleiben das Eintreten des Todes verbinden kann.

Schließlich ist Leben geprägt von einer „**vitalen Kraft**“, die als biologische und psychische Kraft zur Wirkung kommt. *Biologisch* wirkt sie sich z.B. in der Erhaltung der Form des Körpers und der Organe aus (Wundheilung!), in der Aufrechterhaltung der Homöostase des Organismus und seiner Funktionen. *Psychologisch* tritt sie als Lebensdrang in Erscheinung. Der Lebensdrang gehört als Lebenslust (libido) zur „Natur“ des Menschen (Freud 1982) und läßt ihn auf die Welt zugehen (z.B. Frankl 1959, 60). Ausdruck der Vitalität ist das Gefühl. Ohne Vitalität – kein Gefühl. Und ohne Gefühl – kein Empfinden von Leben, keine Lebendigkeit.

Dieses Vitalgefühl wird durch die *Zuwendung* zum eigenen Gefühl gefaßt. Diese Zuwendung ist vor allem mit der Frage verbunden: „Mag ich leben?“ Mit ihr geht eine *innere Öffnung* einher auf das, was einem von dieser Lebenskraft entgegenkommt (und durch Zuwendung besser zu fassen ist). Das, was in dieser inneren Öffnung zu fassen ist, bezeichnen wir als die *Grundbeziehung zum Leben*. Sie beruht auf dem Gefühl der *vitalen Kraft* und dem *Gefühl für das Dasein* („ich mag leben“). Das subjektive Leben-Mögen ist somit Ausdruck der *vitalen Lebenslust* (psychische Dimension), die primär aus dem *Körpergefühl* und der Körperkraft genährt wird. Sie

¹ Unter „*existentiell*“ meinen wir den jeweiligen Sachverhalt bezogen auf unser Erleben und auf die mit dem subjektiven Erleben verbundenen Aufgaben und Anfragen an uns.

² Hier ist auch der Anschluß an die humanistische Psychologie im Sinne von C. Rogers (1987) und E. Gendlin (1998) gegeben, die ihre psychotherapeutische Arbeit in Kongruenz mit den organismischen Entfaltungspotentialen durchführen [vgl. auch Kriz (2000)].

stellt somit eine „organismische“ Vitalität² dar (stammt also in weiten Bereichen aus dem, wie sich das Leben im und am eigenen Körper anfühlt). Der andere Ast dieses Vitalgefühls dürfte aus den *positiven Erfahrungen von Beziehungen* (besonders der Mutterbeziehung) stammen. Diese Erfahrungen verstärken die Haltung: „Ich mag mich auf das Leben einlassen und mich auf es beziehen.“ Diese „innere Erfahrung von Leben“ läßt schon das Tiefere erkennen: den „Wert des Lebens an sich“ (den wir als „Grundwert“ bezeichnen), wie er sich in der eigenen Biographie und der anderer zeigt (Längle 2003).

Fassen wir zusammen: Leben ist eine Grundbedingung der Existenz. In psychologisch-geistiger Hinsicht sehen wir das Wesen des Lebens in der Fähigkeit, die Beziehung zum Dasein aufzunehmen und zu erhalten. Diese Fähigkeit scheint uns auf drei Charakteristika des Lebens zu beruhen: Austausch, Wechsel und naturhafte Kraft.³

Diese *Charakteristika brauchen Voraussetzungen*, um realisiert werden zu können:

1. Damit Austausch möglich wird, braucht es **Kontakt** und ein erstes **Akzeptieren**: man selbst wie auch der andere (das andere) muß diesen Kontakt (zumindest vorübergehend) *gewähren* und dafür *offen* sein. Das schafft die Basis der Beziehung, nämlich jene Verbindung, jene **Brücke**, über die der Austausch stattfinden kann. Durch diese Offenheit und den Kontakt entsteht noch etwas: diese Verbindung enthebt den anderen (und einen selbst) der *Gleichgültigkeit*. Damit entsteht durch die Offenheit im Kontakt die **Basis des Wert-erlebens**. Sobald Beziehung da ist, geht es nicht mehr *nur* um einen selbst. Der offene Kontakt, der zum Austausch und damit zur Beziehung führt, stellt die *Infrastruktur des Lebens* dar.

2. Die Voraussetzung für den Wechsel und für die Veränderung ist die **Zeit**. Damit der Austausch eine Wirkung entfalten kann und uns in seine Schwingung mitnimmt, braucht es **Zeit**. Zeit ist bestimmend für das Leben. Sie wird sichtbar im Leben an seinem Wachsen und Vergehen, durch sein **Pulsieren**, wie wir es am „Schrittmacher des Lebens“, am Herzen erleben. Zeit gibt dem Leben seinen Rahmen. Sie ist die *formale* Bestimmung des Lebens.

3. Durch das Zulassen und durch das Aufnehmen der Wirkung in sich selbst entsteht eine weitere Voraussetzung für die Entfaltung von Leben: **Nähe**. Durch die Nähe kann die Wirkung ihre Kraft entfalten. Im Herankommen bzw. Hereinnehmen der Wirkung erscheint ihre Kraft bzw. erhält sie ihre Kraft. Dieses Prinzip scheint von der Ebene der Synapsen bis zu den zwischenmenschlichen Beziehungen zu gelten. Was dort Neurotransmitter sind, ist in der zwischenmenschlichen Beziehung der Eindruck von der Art des anderen auf die eigene Art des Seins.

Durch die Nähe erhält unser Leben seine volle *Gefühlsqualität*. Durch das auf sich Beziehen und auf sich wirken

Lassen werden die Dinge zu **Werten**. Durch die Nähe kommen wir also an die Quelle der Werte und an die Lust des Lebens. Austausch, der auf das eigene Dasein bezogen ist (also nicht nur kognitiv, sondern ganzheitlich mit Leib und Seele), führt zu dem, was wir im Deutschen so treffend als „**Er-leben**“ bezeichnen. Erleben von Dasein führt aber nicht nur zu (Lebens-)Freude, sondern auch zu Leid. Es enthält sowohl Befriedigung wie Unerfülltsein, Sehnsucht wie Enttäuschung. Erlebender Austausch mit dem Dasein in der Welt ist **emotional**, wird durch die Nähe zu einem **leidenschaftlichen** Beteiligtsein am Dasein in eben diesem doppelten Sinn des Wortes „Leidenschaft“.

Diese vitale Kraft des Lebens, die sich in der Nähe entfaltet, ist aber nicht einfach nur *sexuelle Kraft* („libido“), wie die Psychoanalyse annimmt. Sexualität ist natürlich ein wichtiger Bestandteil der Vitalität. Die Existenzanalyse widerspricht hier nicht der Psychoanalyse, sondern *erweitert* ihr Konzept auf andere Lebensbezüge hin wie Beziehung, Zeit, Werte.

Leben als Wechsel und Veränderung verlangt **Pflege**, was zur Herausbildung von **Kultur** führt. Kultur kann als Schutz und Pflege des Lebenswerten und der Gefühle verstanden werden. Dies hat möglicherweise eine höhere Affinität zum *weiblichen* Pol des Menschseins, was gerade im Zusammenhang mit der Depression und dem höheren Anteil von Frauen von Interesse sein könnte (das Männliche im Menschen hat vielleicht eine höhere Affinität zu Kraft und Macht, zu Produktivität und Neuem?).

3. Ein Beispiel

Das folgende Beispiel gibt einen Einblick, wie sich die „Beziehung zum Dasein“ auf das Erleben des Lebens und auf das Dazugehören zum Leben auswirkt. Mit klarem Blick beschreibt diese 35jährige Frau, wie ihr Leben ausschaute, bevor sie in die Depression fiel:

„... ich hatte seit längerem das Gefühl, daß nichts mehr eine Bedeutung hat. Ob ich das tu oder etwas anderes, es kommt aufs Gleiche heraus. Es war irgendwie ein problemloses Dasein, aber ich habe *nichts gefühlt*. Es war bequem, und es tat mir nichts weh. Ich habe existieren können, meine Pflichten erfüllen können, aber ich habe nichts gehabt vom Leben. Es ist mir nichts abgegangen. Und wenn ich mich umgeschaut habe, da habe ich gesehen, da sind viele verwandte Seelen in meiner Arbeit. Ich dachte jahrelang: es wird halt so sein im Leben. – Dennoch war ein latentes Unbehagen in mir, ich fühlte mich nicht so richtig wohl, aber ich habe es nicht ändern können. Es war auch nicht notwendig: ich hatte eine Arbeit, eine Beziehung, hatte zum Essen. Ich war *zufrieden*, aber *nicht glücklich*. Das Leben war wie ein Film, der mir mal gefallen hat, mal nicht. Und wenn ich nur noch zwei Monate zu leben gehabt hätte, dann wäre der Film halt kürzer gewesen. Ich fühlte mich nicht getrieben, eher wie ein Schiff auf trägem Fluß. Trotzdem war da ein Unbehagen, und ich wußte nicht, was mir fehlte.

Dann hatte ich einen *Traum*, in dem ich meinen eigenen *Tod geträumt* habe. Das war so bedrohlich: was ich dann

³ Neben diesen phänomenologischen Charakteristika können am Leben natürlich auch *andere*, mehr formale oder erfahrungsbezogene Charakteristika beschrieben werden, wie es z.B. Metzger (1962) mehr in Hinblick auf Leben und Arbeit tat, und die nach Meinung von Kriz (1998) in der Psychotherapie Berücksichtigung finden sollten. Nach Metzger sind dies: Nicht-Beliebigkeit der Form; Gestaltung aus inneren Kräften; Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten; Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit; die Duldung von Umwegen; die Wechselwirkung des Geschehens.

alles nicht mehr leben kann, und was dann zu Ende wäre! Ich bin schweißgebadet aufgewacht, mit dem starken *Gefühl der Todesnähe*, das ich bis heute habe. Ich merkte: *ich will leben*, ich will nicht mehr Zuschauer sein, sondern mittendrin stehen, wirklich leben, nicht nur gesehen haben, wie andere leben.

Nach dem Traum ist es mir anfangs schlechter gegangen. Ich bin in eine *Depression* gefallen.

Jetzt, nach dieser Depression spüre ich, daß ich *dabei* bin beim Leben, daß das Ganze *mich* angeht, mit mir zu tun hat, daß ich am Puls des ganzen Seins bin. Ich habe mich früher kaum gespürt, da war ein Körper, der geht, ein Kopf, der gedacht hat, aber es war eine Zerrissenheit, das Mittelstück hat gefehlt, ich habe wie durch eine Jalousie hinausgeschaut ins Leben, und was ich gesehen habe, hatte mit mir wenig zu tun. [Das veranschaulicht die Beziehungslosigkeit zum Leben.] Hinter der Jalousie war es langweilig, leer, leblos, gefühllos, taub. Es war ein Gefühl der Distanz, des Nicht-dazu-Gehörens, der Einsamkeit.

Durch den Traum habe ich gemerkt, daß das nicht stimmt, was ich mir eingeredet hatte. Ich merkte, daß ich mich nicht einlasse auf das Ganze.“

Die Schilderung dieser Frau zeigt deutlich den jahrelangen Verlust der Beziehung zum Dasein, der subjektiv als Leblosgkeit empfunden wurde und durch die Einbuße von Austausch, Wachstum (Veränderung) und Gefühl der vitalen Kraft in die Depression führte. Kontakt und das auf sich Beziehen kamen kaum mehr vor, das Zeiterleben stagnierte, Werte wurden nicht mehr aufgenommen und gefühlt. Es kam zu einer „seelischen Aushungerung“, die im Traum als Tod antizipiert wurde. Dieses Bild erschreckte die Frau, erreichte sie und ließ sie den Verlust ihres Lebens fühlen: sie bekam eine Depression,

4. Beziehung zum Leben finden

Das Leben stellt den Menschen in einen ständigen Fluß von Emotionalität, Veränderung und drängender Vitalität. Als *Person* aber stellt ihn dies vor die Frage, wie er damit *umgehen* soll? Da sind noch die anderen Grundbedingungen der Existenz, die es zu besorgen gilt, um überleben zu können und um eine Erfüllung im Leben zu erreichen. Wie also mit dieser drängenden vitalen Kraft umgehen, wo wir doch auch erkennen, denken und verstehen wollen, bevor wir entscheiden, wo wir Geschichte haben und Phantasie? Wenn wir diese Komplexität der Lebensgestaltung sehen, ist es verständlich, daß uns das Leben Angst machen kann, so daß wir seiner Leidenschaft manchmal aus dem Weg gehen mögen, den Veränderungen durch Gleichförmigkeit und Planung vorbauen und uns die Vitalität vom Leibe halten.

Was kann uns helfen, mit dem Leben besser zurande zu kommen? Diese Frage ist Thema der Entwicklungspsychologie, der Psychoedukation, der Prävention und Prophylaxe, wie auch der Beratung und Therapie. Ganz allgemein gesagt, kann uns die Arbeit an den grundlegenden Strukturen helfen, durch die wir uns im Leben einrichten können und die wir als **Voraussetzungen** beschrieben haben, um zum Le-

ben zu gelangen. Diese sind die **Beziehungen** zu anderen Menschen (Dingen), **Zeit** und die Erfahrung des Berührtwerdens durch die **Nähe**. Diese Bedingungen für Leben können wir optimieren. Wir können es als eine „existentielle Aufgabe“ verstehen, uns durch ihre Gestaltung im Leben besser einfinden zu können. Je nach Erfüllung der jeweiligen Voraussetzung und je nach Wechselspiel der Voraussetzungen untereinander können sich unterschiedliche *Formen* von Beziehungen zum Dasein entwickeln. Wegen ihrer Bedeutung als Grundlage für das Verständnis und für die Behandlung der Depression wollen wir die einzelnen Voraussetzungen und ihre Bedeutung kurz beleuchten:

1. Wenn wir die wohlwollenden, liebenden **Beziehungen** nicht kennen, oder noch schlimmer: wenn man mit dem Gefühl aufwachsen mußte, *nicht erwünscht* zu sein, dann fehlt die wichtigste Erfahrung eines förderlichen Austausches mit dem Dasein. Es ist, wie wenn die Brücke zum Leben nicht geschlagen worden wäre. Ein solches Leben fühlt sich kalt und leer an, ist voller *Angst*, Angst, daß es das nicht gibt, was man braucht, oder Angst, daß es einem abhanden kommt, daß das Leben einen „kaltstellt“. Eine Variante dieser Erfahrung gestörter Beziehung ist z.B., wenn wir nur dann Beziehung haben, wenn wir *gebraucht* werden und daher *ständig* leisten müssen.

Wenn Beziehungen das Leben fördern, dann sind es „gute“ Beziehungen. Wenn Beziehungen das Leben belasten, behindern, unterdrücken oder gar abtöten, also auf Kosten des Lebens gehen, dann führen sie in die Depression. Solche Beziehungen können wir nicht wirklich leben, solange uns etwas am Leben liegt. Liegt uns nicht viel am Leben, dann stören uns schlechte Beziehungen auch wenig.

Wenn wir uns beziehen, *ergreifen* wir das Leben. Sich beziehen ist wie eine Liebeserklärung an das Leben. Eine Entschiedenheit in der (oft nicht reflektierten und daher nicht bewußten) Haltung zum Leben macht uns erst wirklich beziehungsfähig. Denn wenn wir so gebettet sind, kann auch ein Leid, ein Problem, eine Differenz in der Beziehung durchgestanden werden, weil die Beziehung zum Leben nicht in Frage gestellt ist. Wir sind dadurch nahbar. – In jeder guten Beziehung spiegelt sich daher die Einstellung zum Leben! Dieses „Leben-Mögen“ durchströmt die Beziehung. Seine Herzlichkeit strahlt aus und ist eine Einladung für den anderen zur Beziehung. – Fehlt dem Menschen aber die Entschiedenheit zum Leben, dann entsteht ein selbsterhaltender Teufelskreis: seine Beziehungsfähigkeit ist reduziert, wodurch er noch weniger zum Leben hinkommt.

Lebensbeziehung kann mühsam werden. Therapie und Beratung bestehen darin, die Beziehungen zu sichten, auszuwählen, zu revitalisieren, den Schmerz und ihre Kraft zu fühlen, und durch Trauer und Erfahrung von Freude in fühlbaren Kontakt mit dem Leben zu kommen.

Vielleicht haben wir eine natürliche Liebe für das Leben schon in uns, wenn wir auf die Welt kommen; vielleicht erhalten wir sie erst durch die Liebe der anderen Menschen. Wie auch immer es sei: wenn sie nicht von der Person selbst *aufgegriffen* wird, und wenn sie uns von außen nicht *erwidert* wird, fehlt sie uns. Es kann das Gefühl aufkommen, als

ob es *nicht wahr* wäre, was man selbst vom Leben empfindet, von seiner Schönheit, von seiner Freude und Lust. Man ist dann „wie tot“, wie ohne Beziehungen. Man sucht Leben, sucht es überall, geht die gefährlichsten Reisen und waghalsigsten Sportarten ein, beginnt ob der Gefühllosigkeit und Taubheit Verhältnisse, oder heiratet, hat Kinder – aber wenn sich das Leben nicht findet, wenn man trotz aller Anstrengung nicht auf es stößt, dann kann es vielleicht noch einige Zeit leblos bleiben, bis der Kampf aufgegeben wird und man von der *Depression* erlöst wird inmitten eines scheinbar aktiven Lebens und unauffälliger Beziehungen.

Als entwicklungspsychologisch wichtigste Beziehung im Zusammenhang mit dem Leben ist die *Mutterbeziehung* anzusehen. Die Mutter ist das *Urbild von Leben*. Sie hat uns das Leben geschenkt. Wie eine lebenslange Erinnerung an diese Urbildung bleibt uns in der Mitte des Bauches der Nabel wie ein „physiologisches Muttermal“ erhalten.

Im alten Testament heißt die erste Mutter „Eva“, das hebräische Wort für die Lebende, die Mutter des Lebendigen. Die Mutterbeziehung ist wie ein Nährstoff, der es ausmacht, daß man in der Welt stehen und das Gefühl haben kann: es ist gut, daß man da ist.

Darum tut es so *weh*, wenn man die Liebe von einer Mutter nicht bekommen hat, selbst wenn man sie von vielen anderen bekommen hat. Und auch dann tut es weh, wenn die Mutter ein Mensch ist, zu dem man keine Beziehung aufnehmen, wenn man sie so kennenlernen würde. – Es tut so weh – weil man *seine Mutter eigentlich lieben möchte*, weil man das Gefühl bekommen kann: diesen Nährstoff kann ich sonst nie wieder kriegen!

Als Kind suchen wir nicht so sehr die Person, die die Mutter für sich ist, sondern wir suchen die dem Kind aus einem tiefen Bezogensein Antwortende, eben unsere „Mutter“.

Jeder Mensch möchte seine Eltern gern haben können, um sich in eine Grundbeziehung zum Leben stellen zu können.

2. Die *Zeit* schafft eine *Wirkbasis*, macht es, daß die Beziehung in uns schwingen kann, daß sich der Wert in uns ausbreiten kann. Wenn wir keine *Zeit* für uns haben, wenn wir sie uns nicht nehmen können, so daß wir es mit uns selber und mit anderen wohligh, kuschelig, schwingend einrichten können, dann *spüren* wir uns bzw. den anderen nicht mehr. Dann geht uns das Lebensgefühl verloren. Dann kommen wir nicht zu unserem Ursprung zurück – an diesen kraftspendenden Ort der vertieften Beziehung zu sich selbst. Sich *Zeit* für sich nehmen und sich bei sich einzurichten ist nicht „Regression“; es ist mehr als ein entwicklungspsychologisches Zurückgehen. Es ist eine sehr *präsentische* Aktion.

Therapeutisch und Beraterisch ist auf die Bedeutung des Verweilens zu verweisen, auf das Sich-Zeit-Nehmen.

Ohne dieses *Schwingen* mit sich kann das Gefühl keine *Wurzeln* schlagen, kann sich nicht bis in den Leib vertiefen und Nachhaltigkeit bekommen. Man hält sich dann mehr im *Kopf* auf, macht durchaus sinnvolle und nützliche Aufgaben – und geht sich damit aus dem Weg. Vielleicht kann man sich auf diesem Wege manche Schwere des Lebens ersparen, aber

man verliert in einem damit seine Tiefe.

Leben kann schwer werden, wenn wir die Last der *Verantwortung* spüren, das Gewicht der *Sorge für unser Leben* und für das Leben der Nahestehenden, der Kinder. Es kann schwer werden, wenn das Gefühl in uns schwingt, daß wir den anderen nur Belastung sind, ihnen das Leben schwer machen, ja nehmen. Leben kann schwer werden, wenn die Verluste nachschwingen und das Leid nicht überwunden wird, wenn man mit dem Gefühl lebt, „unendlich froh zu sein, daß man nicht mehr Kind sein muß“.

3. Wenn wir die *Nähe* des Lebens nicht spüren können, dann kommen wir nicht bis an die *ursprüngliche Vitalität* heran, und wir werden vom eigentlichen Inhalt des Wertes (einer Sache, einer Beziehung) in der Tiefe nicht berührt. Fehlende Nähe erfahren wir dort, wo wir von anderen nur *toleriert* werden, aber keine Zuwendung erhalten, wenn wir *angepaßt* sind und uns so geben, wie die anderen uns wollen. Dann sind wir nicht in Beziehung zu uns, nicht mit uns. Es ist dies ein gefährlicher Zustand, weil auch er äußerlich unauffällig ist, und auch von den Betroffenen selbst nicht immer in seiner Bedeutung erkannt wird. Solches Leben ist aber in seiner ursprünglichen Kraft *behindert* hinter der Fassade von Angepaßtheit, und es kann *Todessehnsucht* da sein bei äußerlichem Sonnenschein, Sehnsucht nach einer Ruhe und Erlösung jenseits von Leben.

Therapeutisch geht es darum, Nähe in der therapeutischen Beziehung aushalten zu lernen, und Beraterisch, die Nähe zu den Werten zu pflegen.

Nähe erleben kann problematisch sein, kann *schmerzen*, z.B. wenn ein Mensch immer wieder in einer Beziehung die Erfahrung macht, daß er nicht genügt. Dann kann sich das Gefühl einstellen, daß es das Beste wäre, wenn es ihn nicht mehr gäbe. Oder wenn ein Mensch immer wieder erfährt, daß durch ihn Probleme entstehen; oder daß seinetwegen immer wieder Dinge schief gehen; oder daß er einfach nicht zum Leben kommt, obwohl er so gerne leben möchte. Das können viele kleine Erfahrungen sein, z.B. wenn als Kind eines der Geschwister wegen einem immer wieder geweint hat, und wenn das jetzt in der Ehe auch nicht anders ist, dann findet sich emotional kein Ausweg mehr und depressive Lähmung setzt ein.

Man kann sich in der Nähe sehr *hilflos* fühlen und *orientierungslos* werden im aufkommenden Gefühl von eigener Schlechtigkeit. Denn in der Nähe kann man noch viel deutlicher fühlen, daß man wie alle anderen etwas Wertvolles tun sollte, nicht „bloß herumsitzen und leere Luft atmen und allen zur Last fallen“.

Allen Menschen ist das Leben gegeben worden, aber nicht allen ist es nahegebracht worden. Für einige liegt es weiter weg, und die müssen hingehen, um es abzuholen. Das ist schmerzlich, unangenehm. Aber Leben ist für jeden da.

Wir sehen anhand dieser Voraussetzungen für die Beziehung zum Leben, daß es nicht selbstverständlich oder leicht ist, diesem Leben sein *Ja* geben zu können. Es finden sich Tendenzen, sich dieser Entscheidung zu entziehen, sie vor

sich herzuschieben, weil die Grundlagen für die Entscheidung fehlen, oder sie abzugeben, sie von anderen zu erwarten, sie sich von den Eltern geben zu lassen, vom Partner, von Gott – aber nur nicht selbst sich so in das leidbringende Leben einlassen. Man muß das Leben tief genug erfühlt und erfaßt haben, um so eine Stellungnahme beziehen zu können.

Ein Beispiel schwieriger Lebensbeziehung ist das folgende Gespräch aus einer Selbsterfahrungsgruppe:

Ein junger Mann sagt von sich: „Ich bin ins Leben nicht geworfen, nicht geboren, nicht hineingestellt worden, sondern *hineingestoßen* worden, mit einem Tritt: ‚Jetzt schau, wie Du weiter kommst.‘ Es war schwierig, mich darin zurechtzufinden. Und es war traurig, denn ich habe mein Leben nicht spüren können. Ich habe immer Extreme gebraucht, um etwas zu spüren. Habe den Körper nicht gespürt, überzogenen Sport gemacht, die Bänder und Gelenke ruiniert. Leben ist mir sehr gleichgültig.

Frage: Es ist Dir gleichgültig, daß es Dich gibt. Aber hast Du ein Gefühl zu der Frage: Mag ich leben? - (Pause) Ich mag leben, sonst säße ich nicht da, würde nicht sprechen ... Ich spüre Hoffnung, daß sich etwas ändern wird.

Frage: Warum kannst Du diese Hoffnung haben, woher kommt sie? - Aus Erfahrungen, aus wenigen, die ich selber gemacht habe, und hauptsächlich von Erfahrungen, von denen andere erzählen und die ich hier in der Gruppe sehe.

Frage: Ist es eine Täuschung oder ist es legitim, mich an Erfahrungen anderer anzuhängen? - ... Weil mir das, was andere erlebt haben, einfühlbar ist, sagt es mir, daß wir von derselben Art und Natur sind. Ihre Erfahrung ist ein Bericht über das Leben, wie es sein kann. Darum gilt es auch für mich.

Frage: Wenn ich eigentlich leben mag, wie ist dann dieses Leben, daß ich es mögen kann? Mir kommt vor, daß unter dem Schutt, den das Leben in Dir angehäuft hat, so eine Ahnung, eine Hoffnung, ein Gefühl schlummert, daß das Leben eigentlich gut wäre, wenn ich nur den Zugang fände. - Das ist es. Bei dem Wort *Zugang* habe ich richtig eine Befreiung, eine Erleichterung gespürt. Es hat sich in mir etwas aufgetan, es wurde weiter. ... Das Gespräch hat mir gut getan.

Diese Grundbeziehung zum Leben ist ein „Ja“ zum Leben, empfunden aus der Kraft, aus dem Gefühl für seine Lebendigkeit. Ein Ja, weil sich das Leben anfühlt als etwas, das von Grund auf gut ist. Dieses Gefühl bezieht sich auf den Grundwert aller Werte. Dieses Gefühl kann langsam aufkommen, man kann es suchen müssen, oder es kann uns auch überwältigen mit einem tiefen Gefühl von Dankbarkeit für das Leben.

Für diese nahe Beziehung zum Leben ist es wichtig zu wissen, daß Trauer und Schmerz *nicht lebensfeindlich* sind, sondern überraschenderweise *auch* Leben hereinbringen, wenn wir uns dem Schmerz zuwenden (sofern er erträglich ist). Durch das Grundwert-Erleben kann eine gelöste Beziehung zur Trauer und zum Schmerz entstehen, weil diese eingebettet sind in ein letztlich Gutes. Es findet sich häufig die

Erfahrung in der Praxis, daß sich Menschen mehr mögen können, wenn sie aufhören, sich gegen die Trauer zu wehren. – Die Spannweite des Lebens ist durch die Pole Freude und Leid markiert.

5. Warum hängen Depressionen mit dem Lebenswert zusammen?

Was ist der Rahmen, unter dessen Störung es zur Entwicklung von Depressionen kommt? Phänomenologische, *erlebnisbezogene* Betrachtungen bringen einen allgemeinen *Formalismus* der Depressionsentstehung zu Tage, der mit dem Werterleben und durch dieses mit dem Lebenswert zusammenhängt. Diese Sichtweise rückt die Depression in ein *existentielles Licht*: sie ist Symptom für das Scheitern in einer Grunddimension der Existenz, nämlich im Werterleben und in der mit ihm verbundenen Beziehung zum Leben.

5.1 Depressionen beginnen mit vermindertem Werterleben

Depressionen können bekanntlich unterschiedliche Ursachen haben. Diese Heterogenität hebt sich aber auf, wenn wir nicht erklärend, kausal-genetisch vorgehen, sondern *erlebnisbezogen-phenomenologisch*. Bei dieser Betrachtung findet sich nach unseren Untersuchungen ein *gemeinsamer* Grund am Beginn jeder Depression, nämlich ein gestörtes Werterleben (vgl. auch Tellenbach 1983, 45-48), das seinerseits wieder verschiedene Ursachen haben kann. Dieses Ergebnis eines einheitlichen, formalen Grundes depressiver Störungen mag im Wissen um unterschiedliche Depressionsursachen überraschen. Wir sind heute gewohnt, *ursachenbezogen* zu denken. Der Tatsache, daß eine rein kausale Betrachtungsweise dem Phänomen der Depression nicht ganz gerecht wird, wurde im DSM IV Rechnung getragen: die ursachenbezogene Denkweise wurde aufgegeben. Dank der Computer, die heute potenter sein dürften als das menschliche Verstehen, ist der Zugang zur Depression aber nicht phänomenologisch geworden, sondern statistisch, also deskriptiv.

Aufgrund der Beobachtungen und Erfahrungen können wir die **These** aufstellen, daß *jeder Depression ein Mangel an subjektiv erlebten Werten vorangeht*. In der Fülle vitaler Wertbezüge, im atmenden Austausch mit Schönem, Gutem, Nährendem, Lustvollem, kann keine Depression entstehen. Dies ist im Gegenteil der beste Schutz gegen Depression.

Wenn hingegen Werte fehlen, verloren gehen, zerstört werden – wir kommen später auf die genaueren Ursachen zurück – dann fehlt die „*geistige Nahrung*“, und es kommt zur *Ausdünnung der Beziehung zum Leben*. Den Zusammenhang des Werterlebens mit der Beziehung zum Leben schafft die Emotionalität. Diese Brückenfunktion stellt die Grundlage der Emotionstheorie der Existenzanalyse dar (vgl. Längle 2003). Alles, was wir als „gut“ erleben, ein Essen, einen Spaziergang, ein Buch, eine Musik, eine Erinnerung, stärkt die Beziehung zum Leben, regt die *körperlich* empfundene Vitalität an, die *psychisch* zum angenehmen Schwingen kommt und die Grundlage des *geistigen* Werterlebens darstellt. Durch das

Erleben von Wertvollem wird also diese Einheit von Person, Psyche und Leib gestärkt. Werterleben hält, was der Volksmund vom Essen sagt, „Leib und Seel’ z’sammen“. Als gut können wir überhaupt nur etwas empfinden, so die Emotionslehre der Existenzanalyse, was wir als *förderlich* für die Beziehung zum Leben empfinden.

5.2 Wertemangel schwächt die Beziehung zum Leben

Hält der Wertemangel an oder ist er von *gravierendem* Ausmaß, können wir uns also nicht gleich erholen von dem, was uns eine Situation an Wertvollem gekostet oder vorenthalten hat, gehen wir also wiederholt oder für längere Zeit leer aus, so wirkt sich dieses Erleben über die Zeit auf die *Beziehung zum Leben* aus. Die Folge ist, daß das Leben nicht wirklich in Schwingung kommt. Man *fühlt* das Leben nicht oder zu wenig. Seine Erneuerungskraft, seine Bewegungskraft und seine Gestaltungskraft verlieren ohne das Beziehungsfeld ihre *Wirkung*, greifen nicht und kommen mehr oder weniger zum Erliegen. Es wird leblos in uns. Wir fühlen die Kraft nicht mehr, die aus dem Körper in die Psyche und bis in die Ebene von Entscheidung und Verantwortung über geht, durch die Beziehung zum Leben aufgesogen wie durch einen Docht, der das „Wachs des Lebens“ der wärmenden und kräftigen Flamme des Fühlens und Handelns zuführt.

Bei anhaltendem, subjektiv empfundenem Wertemangel beginnt sich die *Qualität des Lebens* zu verändern – das Dasein fühlt sich zunehmend als schlecht an, die Lust, mit ihm in Beziehung zu bleiben, nimmt ab. Hier findet sich die Weggabelung in Richtung Gesundheit oder Erkrankung. Nimmt der Mensch dies wahr und reagiert er darauf, kann das Defizit ausgeglichen werden. Nimmt er es nicht wahr oder weiß nicht, wie er darauf reagieren soll, stellt sich ein leidvoller Gefühlszustand ein, der den Mangel in Permanenz und existentiell gewichtig fühlbar macht.

Gelingt es dem Menschen aber, sich seinem Dasein unter diesen mißlichen Umständen *zuzuwenden*, so verstärkt das zwar momentan sein Leiden, so wie die Behandlung einer Wunde kurzfristig mehr schmerzt, als wenn sie nicht beachtet wird. Die Zuwendung aktiviert das Leid, löst u.U. aggressive Impulse aus, wenn das Leid vorübergehend zu viel wird, stößt aber früher oder später die Tränen an und löst *Trauer* aus. Durch das Halten der Beziehung zum Dasein auch unter den widrigen Umständen bleibt dafür die *Verbindung* erhalten, durch die das Leben fließen kann. Dies ist eine Grundbedingung erfüllter Existenz (vgl. z.B. Längle 2002). Nicht lustvoll zwar, sondern im Gegenteil leidvoll, schmerzlich, belastend fühlt sich das verlustige Leben an, aber immerhin ist Leben zu fühlen, ist es erhalten und wird die Beziehung zu ihm wieder gestärkt. Dies ist der *Sinn von Trauer*: die Erhaltung der Beziehung zum Leben.

Depression kann daher aus unserer Sicht prozeßorientiert definiert werden als *blockierte, ausstehende Trauer*. Darin sind die tiefenpsychologischen und behavioralen Konzepte integriert. Im Modus der Franklschen (1975, 181ff.) Dimensionalontologie könnte man das Verhältnis von Trauer zu Aggression und Hilflosigkeit so darstellen:

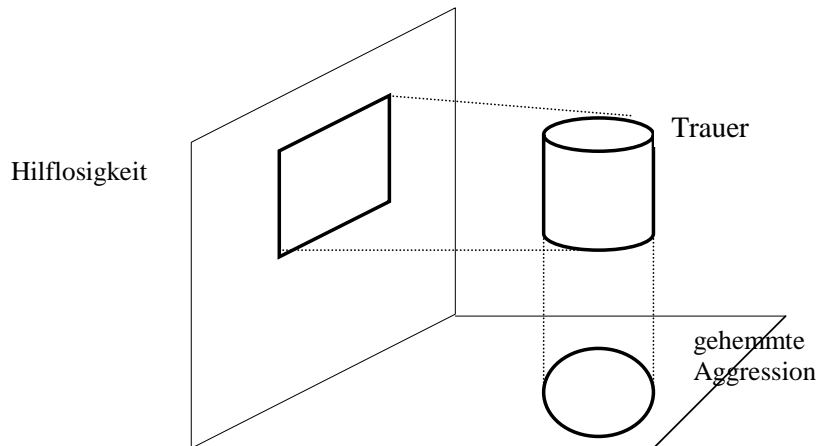


Abb. 1: In der Trauer werden scheinbar widersprüchliche Auffassungen zur Depressionsentstehung – erlernte Hilflosigkeit und gehemmte Aggression – auf einer neuen Ebene zusammengeführt. Die konditionierte Passivität der Hilflosigkeit und die ängstlich gehemmte Aktivität gehen in einem Lassen-Können auf. Statt Aktivierung von Skills und von Aggression wird eine Haltung erworben, die selbst auch eine Aktivität darstellt, aber zugleich ein Lassen beinhaltet.

Auf dem Weg zur Trauer kann *Aggression* bedeutsam sein und bereits eine Vitalisierung mit sich bringen – aber mit ihr ist der Boden noch nicht erreicht. So gesehen stellt die existenzanalytische Konzeption eine Erweiterung eines klassischen tiefenpsychologischen Verständnisses dar (vgl. Abraham 1912, der die Depression in Zusammenhang mit verdrängter Aggression brachte – Schmelting-Kludas, Eckert 1996, 408; für modernere Modelle vgl. Mentzos 1997; Battagay 1996). Die existenzanalytische Sicht bringt auch einen anderen Fokus ein als die behaviorale, die in der *erlernten Hilflosigkeit* das zentrale Thema der Depression sieht (vgl. Seligman 1999; Kuiper 1978). Das Gefühl der Hilflosigkeit beschreibt einen wichtigen Aspekt der Depression (ja der psychischen Krankheiten generell – ist nicht auch der Ängstliche hilflos gegenüber seiner Angst?). Der Depressive ist erdrückt von seinen Gefühlen, gegen die er sich nicht mehr zu *wehren* weiß. Er entkommt ihnen nicht, weiß nicht, was er ändern könnte. Die Person ist *passiviert*, „kann“ nicht mehr. Sie kann sich nicht mehr Werten zuwenden, kann sich nicht dem Verlust aktiv zuwenden. Manche Hilflosigkeit rührt aus einem *Mißverständnis*: die Menschen meinen, sie müßten viel tun, leisten, und schaffen es nicht. Sie schaffen es zum Glück nicht, würde ich aus einer existentiellen Perspektive sagen, denn es geht im Leben um mehr als um Leisten. Es geht vor allem einmal um *Lassen*! Die Aktivität, die es braucht, um Depression überwinden zu können, ist grundsätzlich *Zuwendung* – Zuwendung zu dem, was wir üblicherweise als wertvoll erleben wie z.B. Natur, einem Spaziergang, Ruhe, einem Menschen, dem

Essen, dem Schlaf. In der Depression sind es vor allem einfache Werte, denen wir uns widmen sollen. Zuwendung soll auch zu dem sein, was uns weh tat, was wir nie hatten, was wir verloren haben. Das aber ist genug der Aktivität. Hier muß der Depressive wissen und lernen, seiner Aktivität auch Einhalt gebieten zu können trotz seiner Schuldgefühle, die von ihm geradezu megalomane Leistungen abfordern. In dieser Haltung gilt es hier, das Tun aufzugeben und lassen, geschehen lassen, mit sich geschehen lassen, sich berühren lassen, die Dinge eintreten lassen, sich nur in Beziehung lassen und schauen, welche Gefühle es macht, es wagen, sich wagen, und dem „schlechten Gewissen“, das eigentlich gar kein Gewissen ist, entgegentreten. Da braucht der depressive Mensch wohl Hilfe, da ist er zumeist hilflos in diesem Suchen nach Zuwendung und Offenheit (Zulassen). Die *existentielle Botschaft* der „erlernten Hilflosigkeit“ ist also, sie ernst zu nehmen und das *Lassen zu lernen!* Ohne Leistungsanspruch wird aus *Hilflosigkeit - Gelassenheit!*

Was aber, wenn Zuwendung nicht gelingt? Wenn sie von anderen verweigert wird, wenn man sie selbst nicht aufbringen kann, wenn zu wenig Basis da ist an Lebensbeziehung, wenn die Kraft fehlt? Dann kommt es zu depressiven Reaktionen. Sie stellen bereits eine **beginnende Generalisierung des Verhaltens** dar. Generalisierung bedeutet, daß der konkrete, individuelle Bezug aufgelöst wird und in unterschiedlichen Situationen auf gleiche Art und Weise Schutzverhalten gelebt wird.

II. Die Psychopathogenese

6. Die depressive Reaktion (spezielle Ätiopathogenese)

Hier sollen die Verhaltensweisen und Schutzreaktionen beleuchtet werden, die zur Entstehung der Depression führen. Es handelt sich damit nicht um eine Inhaltsanalyse (die folgt später), sondern um die *formale* Entstehungsweise der Depression und die in ihr enthaltene Struktur (vgl. auch Abb.3). Diese besteht aus reflexartigen *Copingreaktionen* und aus (gewollten) *Haltungen* der Person. Sie können als Versuch verstanden werden, sich etwas vom Wert des Lebens zu erhalten. Aber weil diese Vorgangsweise nicht kausal an der Wurzel des Leidens ansetzt, sondern nur auf die aktuelle Situation bezogen ist, ist sie nicht erfolgreich, und es kommt zur Fixierung der schützenden Verhaltensweise. Das ist der Mechanismus für die Ausbildung der Depression.

6.1 Ausbildung der Depression durch Abwendung und fehlende Beziehungsaufnahme (Rückzug)

In der Depression wird der *Kontakt mit dem Dasein* nicht gehalten. Er wird aufgegeben, weil er zu sehr schmerzt oder weil er sich einem entzieht und sich nicht mehr halten läßt. Man läßt ihn fahren; man wendet sich ab. Man versucht nicht mehr, das Blau des Himmels zu sehen, den Morgentau, die Luft zu fühlen auf seinem Gesicht. Man mag an die Tren-

nung nicht mehr denken, mag die Gefühle nicht mehr, die damit verbunden sind, man hat genug von allem, möchte endlich eine Ruhe. Und doch kommt man nicht los von allem, ist voller kreisender Gedanken und erstickender Gefühle. Die Depression setzt ein; das melancholische Gefühl greift um sich. Mehr und mehr wird von ihm erfaßt, mehr und mehr Situationen, die meiste Zeit des Tages; das ganze Leben.

Die nicht gehaltene Beziehung zum Dasein nimmt dem Depressiven den Boden und macht ihn schutzlos gegen weitere Einbrüche und Beziehungsverluste; kein Damm ist mehr gegen den Verlust der Lebensbeziehung errichtet. Die Folge ist, daß sich der Beziehungsmangel *verselbständigt*. Die depressiven Gefühle *generalisieren*. Durch den Beziehungsverlust schwindet die Kraft. Ohnmächtig schaut die Person zu: was hätte sie dagegen auch einzuwenden? Erlebt sie nicht das Leben zunehmend als wertarm, schließlich sogar als wertlos? Erlebt sie nicht eine zunehmende Unlust, sich auf dieses Leben einzulassen?

Die Fähigkeit, sich dem Dasein aktiv zuzuwenden, sich auf es einzulassen und zu handeln, geht verloren. Noch aber lebt der Mensch und erlebt den Zustand zunehmend als bedrohlich.

6.2 Gegenreaktion: Festigung der Depression durch Fixierung von Haltung und Copingreaktionen

Um dem bedrohlichen Zustand zu entkommen, setzen *psychodynamische Gegenreaktionen* ein. Wenn auch ein gewisses Ausmaß an Handlungsfähigkeit verloren gegangen ist, so verliert man damit nicht die Fähigkeit, Haltungen einzunehmen. Diese entwickeln sich z.T. parallel zu den Copingreaktionen (z.B. die Haltung der Hilfsbereitschaft), sind aber z.T. auch *getragen* von ihnen und stellen kognitive *Überformungen* von psychodynamischen Befindlichkeiten und Kräften dar. So kommt es zur *Fixierung* von depressiven Haltungen, Selbstbildern und Weltsicht.

Ein typisches depressives Verhaltensmuster ist z.B. das Festhalten an **Normen, Wünschen, Sehnsüchten, Hoffnungen, Träumen, Vorgaben**. Sie dienen als Wertersatz, erzeugen aber Druck, fördern durch ihre Ansprüche die Resignation und machen das Verhalten rigide. Außerdem macht die Fixierung in der Wunschhaltung passiv, ohnmächtig, hilflos.

Ein anderes typisches depressives Verhaltensmuster ist das *sich Vergleichen* mit anderen, um die Unsicherheit des eigenen Wertes bzw. des Wertes des eigenen Lebens zu überbrücken. Aber auch der beste Vergleich mit anderen kann nichts über den Wert des eigenen Lebens aussagen. Auch hier führt das depressive Ersatzverhalten weiter in die Depression, weil es nicht an der Wurzel ansetzt.

Dasselbe gilt von anderen depressiven Verhaltensweisen, den typisch *depressiven Copingreaktionen*: von seinem *Rückzugsverhalten* oder seiner Schwierigkeit, sich *abgrenzen* zu können (nein sagen zu können, Leid sehen zu können, nicht immer helfen zu müssen, Abschied nehmen zu können, Schuld nicht immer auf sich zu nehmen usw.).

Man fragt sich unwillkürlich: warum kann der Depressive diese Haltungen bzw. Reaktionsweisen nicht lassen? Mit die-

sen *Haltungen bzw. Reaktionsweisen* versucht der Depressive, sich „das gute Leben“ zu erhalten. Er kennt keine größere Sehnsucht.

6.3 Reflexion der Reaktion: Gewinn und Verlust

Die Gegenreaktionen bringen eine *gewisse Entlastung* der aktuellen Situation mit sich: die **psychischen Reaktionsformen** wie Rückzug oder fehlende Abgrenzung schützen vor dem *unmittelbaren* Ausgesetztsein, reduzieren die Häufigkeit und Intensität des Erlebens des depressiven Leidens der Wertlosigkeit des Daseins, des eigenen Lebens, von Verlust und Kraftlosigkeit, von depressiven kognitiven und emotionalen Schleifen, Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen, Versagenserlebnissen.

Die **depressiven Haltungen** geben Entlastung auf einer anderen Ebene. Sie erzeugen den Anschein, eine *Beziehung zum Leben* aufrecht zu erhalten, zu einem Leben, das vielleicht gut sein könnte, wenn es nur den Wünschen und Vorstellungen entsprechen würde.

Doch sind die Resultate dieser Gegenreaktionen nicht fundiert, nicht im Dialog mit der Realität begründet und daher nicht von Dauer. Die momentane Erleichterung wird mit einer zunehmenden Verschlechterung und Fixierung des Zustandes teuer bezahlt.

1. Das Versprechen situativer Entlastung durch die *psychodynamischen* Schutzmechanismen erzeugt einen *suchtähnlichen* Sog, weiterhin den kürzeren und einfacheren statt des leidvollen Weges zu gehen, sich der Situation zu stellen, sich ihr zuzuwenden, sich dem ängstigenden und unangenehmen Erleben zu öffnen. Es dominieren die apersonalen Reaktionsweisen über das personale, entschiedene und für gut befundene Verhalten, das zu einem offenen Dialog mit der Welt führt.

2. Die eingenommenen depressiven *Haltungen* lassen die *Differenz und Spannung zwischen Sein und Sollen*, zwischen dem, wie es sein sollte, und dem, wie es tatsächlich ist, nur noch deutlicher zu Tage treten. Diese Haltungen fordern einen hohen Einsatz. Man leistet und bemüht sich bis zum äußersten, gibt nicht eher auf, als die Erschöpfung eingetreten ist. Es sind diese von der Psychodynamik getragenen und z.T. von ihnen wiederum abgeleiteten Haltungen, die in die *Erschöpfung* führen – von der jede Depression begleitet ist.

6.4 Resignation und Todessehnsucht: die depressive Lebensentwertung

Der Preis der Gegenreaktionen mit ihrem momentanen Schutz und der Überlebenshilfe ist auf die Dauer zu hoch. Unter der Anstrengung der Gegenreaktionen entsteht das Gefühl (oder es wird verstärkt): „Dies ist kein Leben (mehr)!“ Was sich als depressives Gefühl bereits angebahnt hat, wogegen sich der Depressive aber schützen wollte, was er bekämpft hat mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln, dieses Gefühl taucht am Ende wieder auf wie eine hämische Fratze, nachdem man glaubte, ihm entkommen zu sein. Es bestätigt, was befürchtet wurde. Es zeigt, daß es kein Entrinnen gibt.

In jeder Depression ist ein solcher Zug von *Hoffnungslosigkeit*. Jede Depression enthält mehr oder weniger von dieser *Resignation*. Es ist das tiefe Gefühl, das „gute Leben“ nie zu bekommen. Eine Depression haben heißt das Gefühl haben, nie wirklich zum Leben zu kommen, nie die Fülle des Lebens erleben zu können, immer von seiner *Schwere* bedrückt zu sein, aber nie von seiner *Kraft* gestärkt zu werden. So mündet die Suche des Depressiven in die unlösbare Frage der Verzweiflung: „Wozu noch? - Soll ich (so) weiterleben?“ *Todessehnsucht*, die eigentlich eine *Erlösungssehnsucht* ist, kommt auf.

6.5 Der depressive Teufelskreis

Beide Schutzreaktionen, die psychodynamische wie die kognitive, münden in einen *Teufelskreis*, aus dem es nicht leicht ist zu entkommen. In ihm ist eine Eigendynamik enthalten, die sowohl psychodynamisch als auch kognitiverfahrungsbezogen begründet ist. Psychodynamisch entsteht der schon erwähnte *suchtähnliche* Charakter, der immer weiter weg vom Leben führt, während die kognitiven Prozesse scheinbar fortlaufend *Bestätigung* erhalten vom *Unwert des Lebens*. Denn so, wie das Leben tatsächlich ist, wird es zunehmend *unfreier* und trotz aller Anstrengung nie als *gut* erlebt; dafür entspricht es viel zu wenig den Vorstellungen und Schutzbedürfnissen des depressiven Menschen. Auf dieses „lebbare Leben“ wird aber weiterhin *gewartet*. Anfangs versucht man noch manchmal, es sich zu *verdienen*. Das Erreichen der Vorstellungen, Normen, Ziele ist für den Depressiven eine Voraussetzung für das wirkliche Leben. „Jetzt“ ist nur „Probeleben“, „Schulzeit“, nicht wirkliches Leben, jetzt ist man in Warteposition.

Aber die depressiven Verhaltensweisen greifen *nicht kausal* in die subjektiv erlebte Wirklichkeit ein. Die Folge ist: *es tut sich nichts*. Alles bleibt beim Alten. Nur daß man noch depressiver wird. Man hört auf, selbst etwas zu tun. „Es tut sich nichts – ich tue nichts“, nichts mehr, wie es Lilo Tutsch einmal in einem Vortragstitel auf den Punkt brachte. Solche Erfahrungen machen hilflos und lähmen.

Man kann diese Hilflosigkeit als „*erlernt*“ (Seligmann 1999) bezeichnen, denn angeboren ist sie nicht. Und dieses Lernen beruht auch tatsächlich auf psychodynamischen *Konditionierungen*, ist also insofern formal gesehen ein „eingefleischtes“ Lernen, was ihm jene lebensbestimmende Kraft gibt, wie wir sie auch von Haltungen kennen. Diese Hilflosigkeit *gründet* aber in den *beziehungsverhindernden Erfahrungen* des Lebens! Der Depressive „lernt“, weil er *erfährt*, daß es trotz aller Anstrengung keinen Weg mehr gibt, wie er selbst aktiv zur „warmen Quelle des Lebens“ vorstoßen könnte. „Es tut sich nichts!“ – das erlebt der Depressive wirklich! Die depressive Hilflosigkeit beruht auf einer Wirklichkeit, auf einer Erfahrung, die sich auf dem Hintergrund der psychischen und kognitiven Gegenreaktionen als eine „Sackgassenwirklichkeit“ abbildet.

Darum kommt es therapeutisch und beraterisch vor allem darauf an, im *Wechselschritt* voranzugehen, im Wechsel zwischen der Arbeit an den Einstellungen, Erwartungen, Haltungen, kognitiven Schemata (Beck et al. 1981; Grawe 1987),

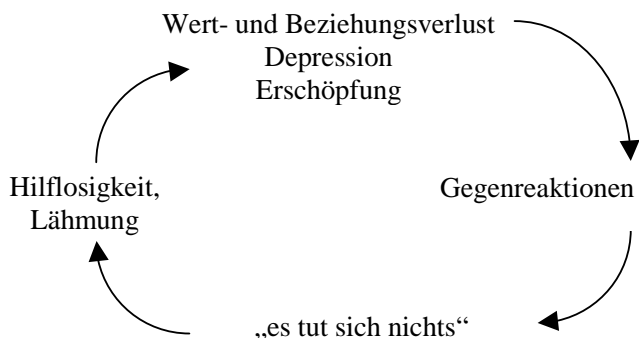


Abb 2: Schema des „depressiven Teufelskreises“: trotz aller Anstrengung ändert sich die Lage nicht.

Konfliktmustern, wie es die Psychoanalyse bezeichnet (z.B. Jung 1972), und *neuer Erlebnisse*, das an ein sich Öffnen, sich riskieren und in Empfang nehmen gebunden ist von dem, was es wiegt und hat, und es bescheiden bei dem belassen können, um dadurch zu neuen Erfahrungen über den Wert des Lebens zu kommen.

So ist die Arbeit am schlichten und einfachen Werterleben eine ständige Übung in dieser Offenheit und Anspruchslosigkeit. Sich täglich etwas Gutes zu tun wird zur Leistung, die schwieriger ist, als sich den ganzen Tag für die Familie abzurackern. Die größte Anstrengung ist, das Lassen zu lernen.

7. Die Entstehungsmuster der Depression auf inhaltlicher Ebene aus existenzanalytischer Sicht (Psychopathogenese)

Im vorherigen Kapitel haben wir die Entstehung der Depression aus dem Verlust der Beziehung zum Leben durch das Abhandenkommen der Zuwendung zum Leben formal beschrieben. Wir haben weiters gesehen, wie es dadurch zu psychischen und kognitiven Gegenreaktionen kommt, die aber als Schutzreaktionen wenig zur kausalen Heilung beitragen, sondern im Gegenteil mittelfristig und langfristig in die Fixierung des Schutzverhaltens und damit des depressiven Erlebens münden.

Hier soll nun inhaltlich der Entstehung der Depression wiederum mit dem Mittel der Phänomenologie nachgegangen werden. Auf der *Erlebnisebene* lassen sich drei Gruppen von erlebten Wertminderungen des Lebens feststellen, die zu ganz spezifischen depressiven Erlebnisweisen führen. Sie können einzeln vorkommen, oder aber in jeder beliebigen Kombination. Jede Gruppe ist von einem eigenen Lebensgefühl geprägt.

1. Depression als *Schutzreaktion* auf ein Defizitleben
2. Depression als *psychogene Entwicklung*⁴ einer Gefühlsblockade
3. Depression als *endogener* Vitalitätsmangel

Schauen wir uns die Formen im einzelnen an (für einen schematischen Überblick vgl. Abb. 4).

7.1 Depression als Schutz-Reaktion auf unbewältigte Beziehungs- und Wertdefizite („Defizitleben“)

Depression kann als Reaktion auf ein Defizit an Werten entstehen. Unverarbeitete *Verluste* oder anhaltende *Mangelzustände* von fehlenden oder ständig vermißten Werten lassen das Gefühl entstehen, im Leben zu kurz gekommen zu sein. Die Depression entwickelt sich dann wie eine Mangelkrankung, wenn z.B. Werte nie erhalten wurden, etwa die Zuwendung der Eltern und der wichtigen Bezugspersonen immer gefehlt hat, wenn ein anhaltender Mangel an Werten bestand, Lebensträume und Lebensziele nie erreicht wurden (z.B. partnerschaftliche Liebe, Gesundheit, minimaler Lebensstandard in Sicherheit vor Not). Mangelzustände können natürlich auch durch Verluste von Werten eintreten, die man schon hatte und nicht wieder auszugleichen sind, wie z.B. früher Tod oder Trennung von nahen Bezugspersonen, Aufwachsen ohne feste Bezugsperson (Heimkinder), behindernde Krankheiten (wie z.B. Lähmung durch Schlaganfall). Wenn man von diesen Werten getrennt wird, ehe man an ihnen ausreichend gewachsen ist, sich an ihnen „satt gelebt hat“, dann kann sich auch hier das Gefühl entwickeln, daß man sich emotional „durch das Leben gehungert“ hat.

Welche Botschaft erhält man durch solche Erfahrungen vom Leben? – Man hat von einem Leben Kenntnis bekommen, das sagt, daß es *gut sein könnte, aber es mit einem selbst nicht gut meint*. Es findet sich kein Weg, wie an die wärmenden, sättigenden Werte des Lebens heranzukommen wäre. Sich ständig und hoffnungslos vom Lebenswerten getrennt zu fühlen erzeugt eine Art von Depression, die man als „**Lebensdepression**“ bezeichnen könnte. Typische psychodynamische Reaktionen, die insbesondere auch in Phasen der Therapie auftreten können, sind *Neid* auf andere Menschen, die vom Leben nicht so benachteiligt wurden, oder *Wut aufs Leben* bzw. auf Gott.

7.2 Depression als psychogene Entwicklung von Gefühlsblockaden

Subjektiv erlebtes Wertedefizit kann auch dann entstehen, wenn man von Wertmöglichkeiten umgeben ist, aber in der *Wertwahrnehmung* blockiert ist. Das ist dann der Fall, wenn man aufgrund von *Verletzungen* einen seelischen Schutzpanzer errichtet hat, um weiteren Verletzungen zu entgehen. Schmerz, der im Zusammenhang mit Werterleben (z.B. strafender Liebesentzug durch Menschen, die man liebt) steht, führt rasch zu Überforderungen. Durch die Offenheit im Wertbezug trifft die Verletzung umso tiefer. Wenn man zu viel erlitten hat – bei bestehenden Unterschieden in der Sensibilität für Leiden – kommt es zur Ausbildung von Abwehrreaktionen und Abstumpfungen, unter denen die Sensitivität für Wertempfindungen leidet. Werterleben tut dann entweder weh oder berührt nicht mehr. Damit geht auch der den Grundwert nähernde Austausch mit Wertempfindungen verloren. Die Entwicklung der Depression weist auf diesen bedrohlichen Mangelzustand hin.

⁴Die Differenzierung zwischen Reaktion und Entwicklung läßt sich nicht sauber durchhalten und ist mehr als Schwerpunkt gemeint.

Das Gemeinsame in dieser Gruppe von Depressionen ist der verletzende Charakter der Ausgangssituation. Dies kann praktisch nur in bestehenden Beziehungen geschehen z.B. durch Traumata wie Mißbrauch, Gewalt, verstoßen werden (z.B. Abweisung durch Enterbung); durch vorenthaltene Beziehungen wie wiederholter, strafender Liebesentzug, Verweigerung von Körperkontakt und Zärtlichkeit dem Kind gegenüber, Ablehnung und Zurücksetzung gegenüber Geschwistern oder wegen einer Behinderung usw.

Man könnte diese Gruppe von Depressionen als „**Beziehungsdepression**“ bezeichnen. Das vorherrschende Lebensgefühl, das sich aufgrund der Erfahrung einstellt, ist, daß das *Leben nicht gut ist, weil die Menschen nicht gut* sind. Die Gefühllosigkeit aufgrund zahlreicher enttäuschender Verletzungen erzeugt das Gefühl, *nicht dazuzugehören* zum Leben. Löst sich die Apathie und Resignation z.B. im Rahmen der Therapie auf, entsteht mit dem Schmerz häufig viel *Wut* auf andere Menschen, die einem das angetan haben.

7.3 Depression als endogener Vitalitätsmangel

Eine weitere Ursache bedrohlichen subjektiven Wertemangels kann im Subjekt selbst liegen. In dem Falle ist es weder ein äußerer Mangel, noch sind es von außen kommende Verletzungen, sondern ein *Mangel an innerer Kraft*, an die Werte heranzukommen und sich an ihnen zu freuen. Wegen der inneren Verursachung kann man sie als „*endogene Depression*“ bezeichnen (ohne damit ausschließlich auf eine genetische Veranlagung rekurrieren zu wollen – der Kräfteverlust kann durchaus auch psychogen entstehen z.B. durch anhaltenden psychischen Stress bei unbewältigten Konflikten). Die Vitalität ist blockiert, versiegt immer wieder, auch grundlos, oder ist konstitutionell vermindert (weist z.B. kaum eine Libido auf). Das Gemeinsame dieser Gruppe ist, daß man sich zu schwach fühlt, um wirklich am Leben Anteil nehmen zu können. Es ist Leben auf Sparflamme, Leben in reduziertem Zustand, wie es von depressiven *Persönlichkeitsstörungen* bzw. bei der *Melancholie* (Tellenbach 1983) gekannt wird – Lebensformen, die die Zurückgezogenheit und Stille bevorzugen. Auch die zyklische (klassische „endogene“) Depression oder körperliche Depressionen sind hier dazuzuzählen. Das Lebensgefühl ist schwer; man fühlt sich belastet, sieht sich selbst als Ursache des Lebensdefizits an, fühlt sich schnell als Versager, ist gewohnt, bei allem Defizitären sich als Ursache zu sehen, hat ständig Schuldgefühle. Das Erleben als Grundlage genommen könnte man diese Depression auch als „**Versagensdepression**“ bezeichnen. Da man das Gefühl hat, aus eigenem Unvermögen zum Leben nicht hinzukommen, stehen als psychodynamische Reaktionen Autoaggression, Selbstbeschuldigung und Selbstentwertung im Vordergrund.

7.4 Die gemeinsame depressive Endstrecke

Alle drei Erlebnisformen von Depression münden in eine gemeinsame Endstrecke. Das „Defizitleben“ wird als *zu verarmt* empfunden, als daß sich eine ungestörte Beziehung zum Leben einstellen könnte. Zu *diesem* Leben mag man nicht wirklich in Beziehung treten, es ist nicht wertvoll genug. Man erhält noch mehr an „Kernwärme“, wenn man sich in sich

selbst zurückzieht und sich nicht zu sehr der „kalten Welt“ zuwendet. Wir sehen darin ein „*depressives Paradox*“: in seiner subjektiven Wirklichkeit hält der Depressive dem Leben durch sein depressives Verhalten nämlich mehr die Treue, als wenn er versuchte, nicht in die Depression zu verfallen und auf die Welt zuzugehen!

Analog verhält es sich bei der „Beziehungsdepression“: man ist *zu verletzt* und das Leben erwies sich als *zu verletzend* in seinen Beziehungen, als daß man bereit wäre oder sich in der Lage fühlte, sich auf zwischenmenschliche Beziehungen einzulassen. Auch die Beziehung zum Leben-Mögen und zu anderen Werten wird nicht aufgenommen, nicht vertieft – sie würde zu sehr am Schmerz rühren.

Oder man fühlt sich *zu schwach*, zu schlecht, um eine „Beziehung zum Leben“ aufnehmen zu können: um den inneren Schritt zu machen und sich sagen zu können: „Ja, ich will leben, ich mag mich auf dieses Leben mit seinen Gefühlen und Beziehungen, seiner Lust und seinem Leid einlassen, mag es durchfühlen, mag mich von ihm durchpulsen lassen, berühren lassen, mit ihm wachsen und reifen und vergehen!“

Entweder ist die Welt zu verarmt an Wertangeboten, oder man ist zu verletzt oder zu schwach – wie auch immer: Depression entsteht, wenn man solche phänomenologische Information erhalten hat, so wenig Mittel hat, daß man sich *mit dem Leben nicht in Beziehung setzen* möchte. Daß das „Ja zum Leben“ nicht (mehr) empfunden wird, es sich nicht (mehr) in einem findet, man sich nicht (mehr) zu ihm durchringen oder aufrufen kann. Die vorherrschende Lebenserfahrung ist ein gestörter „*Grundwert*“, wie wir in der Existenzanalyse sagen (vgl. z.B. Längle 2003), der es dem Menschen verunmöglicht, ehrlich und aufrecht in Beziehung zum Leben zu treten.

Grundwertstörungen wirken sich nach unserer Erfahrung immer hinderlich auf das *Lebensgefühl* aus. Auch wenn sich keine klinisch diagnostizierbaren Depressionen entwickeln, so stellen sich die vielleicht noch häufigeren „*Schatten des Lebens*“ ein, durch die das Leben mühsam ist oder die es einem immer wieder schwer machen zu glauben, von jemand anderem geliebt zu werden. Man kann bei solchen „*präklinischen Grundwertstörungen*“ beobachten, wie Menschen z.B. die volle Aufmerksamkeit von anderen verlangen und sonst eine unverständliche Wut bekommen; wie sie sich in der Liebe ständig absichern müssen; wie sie selbst nicht richtig lieben können. Denn echte Liebesfähigkeit ist an einen guten Grundwert gebunden. Ein klares Ja zum Leben macht uns erst beziehungsfähig – durch diese „*existentielle Primärbeziehung*“ zur Kraft des Lebens erfahren und finden wir in der Liebe die Kraft, das Leiden tragen zu können. Umgekehrt können wir Beziehungen, die auf Kosten des Lebens gehen, nicht wirklich leben.

So ist auch die *Therapie* der Depression in der Tiefe an die Arbeit am Grundwert gebunden. Es ist ein hilfreiches Element, dabei auf die *Gegenübertragung* zu achten: mag ich diesen depressiven Patienten? Kann ich den Wert seines Lebens fühlen? – Keine Depressionstherapie ist wirklich zu Ende gebracht, wenn nicht der Grundwert erreicht und eine positive Grundbeziehung aufgebaut wurde. Den damit verbunde-

VORTRAG

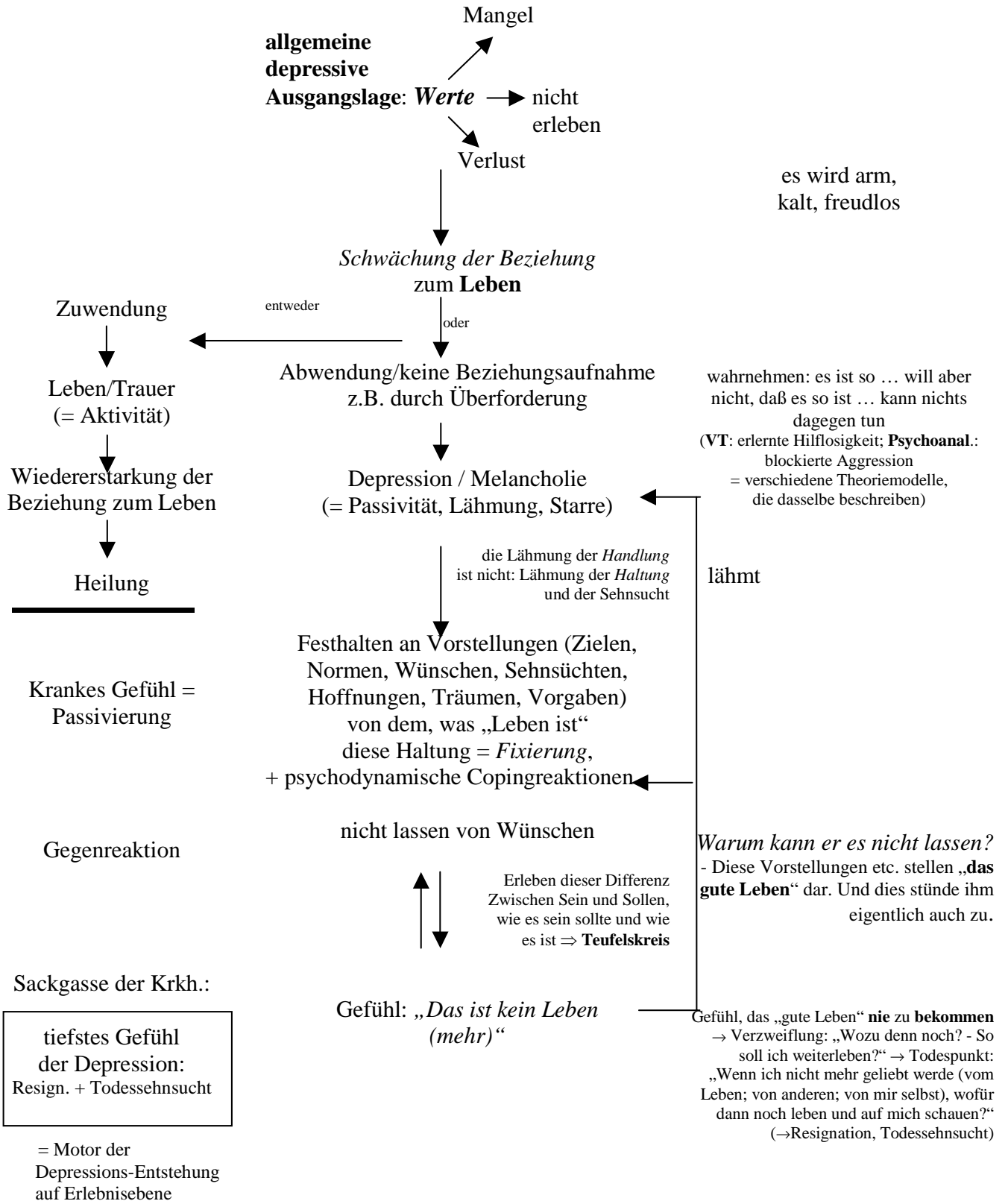


Abb. 3: Die formale Entstehungsweise der Depression im Überblick: Ausgangspunkt ist ein vermindertes Werterleben, wodurch die Beziehung zum Leben geschwächt wird. Dies führt zur Auslösung von psychodynamischen Copingreaktionen und auf ihnen beruhenden Haltungen der Person, um sich etwas vom Lebenswert zu bewahren. Durch die Fixierung dieser Verhaltensweisen und durch den anhaltenden Verlust an Beziehung zum Leben entsteht die depressive Störung.

VORTRAG

Kreis schließt sich mit der Basis des Schemas → Grundwertstörung

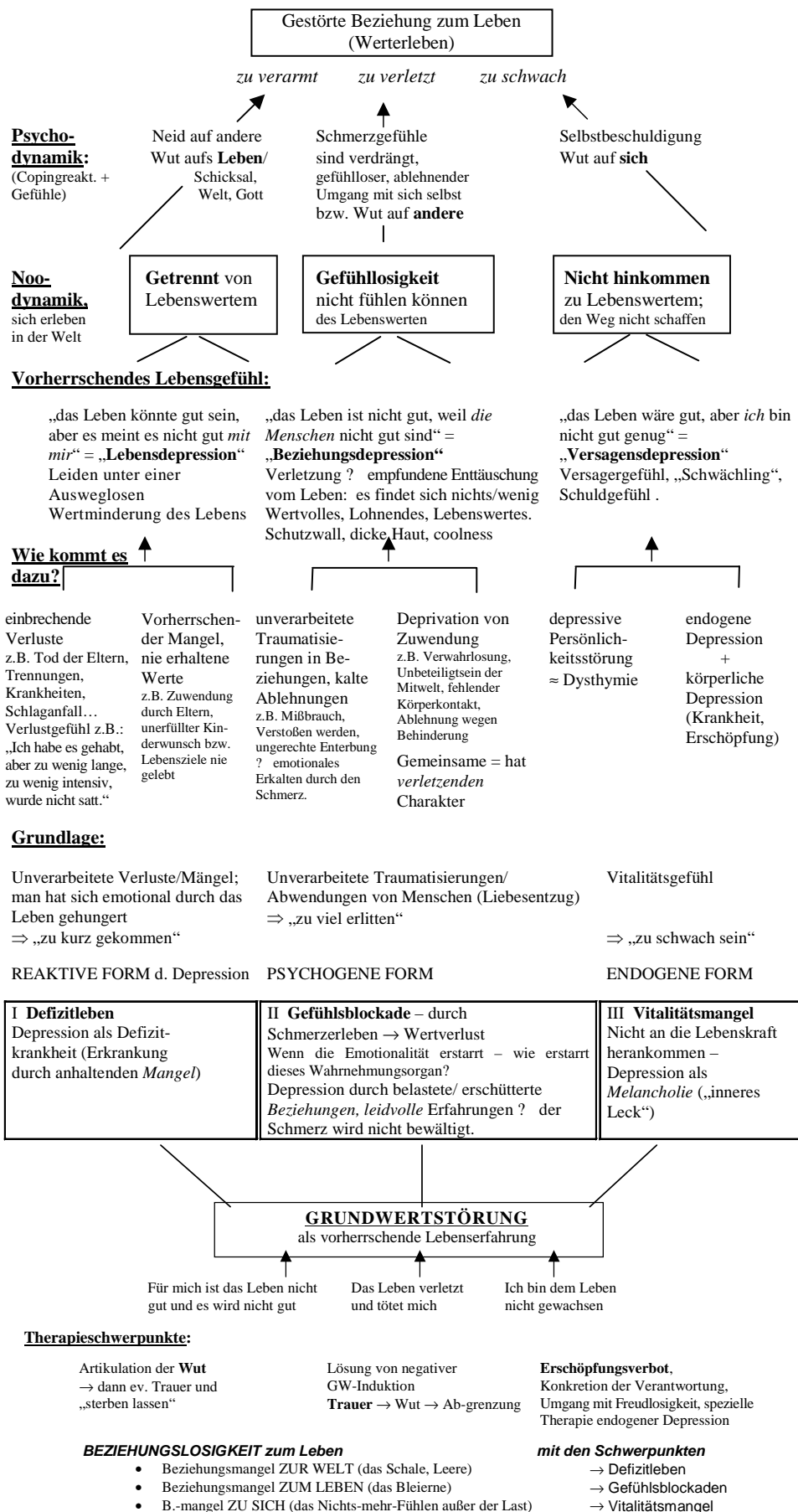


Abb. 4: Überblick über die Schwerpunkte der Psychopathogenese der Depression aus existenzanalytischer Sicht.

nen *Verlust an Existentialität* bekommen wir in der Depression leidvoll zu spüren. Depression ist darum für die Betroffenen zuallererst ein Leiden und bedarf der Behandlung. – Dennoch können wir uns zum Abschluß fragen, ob Depression einen *Sinn* hat?

8. Haben Depressionen einen Sinn?

Die *Störung der „Grundbeziehung zum Leben“* ist existentiell bedeutsam. Denn damit ist eine *Gefahr* fürs Dasein verbunden, die Gefahr, den Lebenswert nicht zu finden, wenn das Leben in der bisherigen Art fortgeführt wird. Die Depression warnt somit eigentlich vor einer Lebensgefahr! Ein Leben ohne Lebenswert wäre ein noch größerer Verlust, wenn wir unbemerkt am Lebenswerten vorbeigelebt hätten und den Mangel nicht einmal gefühlt hätten.

Unter einem existentiellen Gesichtspunkt ist die Depression aber nicht einfach eine „Störung“ oder „Krankheit“. Die Diagnose „Depression“ erfaßt daher auch nur die vordergründige, funktionale Hälfte des komplexen Geschehens. Existentiell gesehen hat die Depression den großen Wert, ja vielleicht den Sinn, uns davon *abzuhalten*, in der gleichen Art und unter den gleichen Umständen *weiterzuleben wie bisher*. Wir können die Depression als Aufforderung verstehen, befrachtet durch das Gewicht des Leides, alles daran zu setzen, die *Umstände* zu ändern, vielleicht die Einstellungen und Haltungen, und vielleicht in Beziehung zu anderen zu treten und mit Hilfe anderer Menschen daran zu arbeiten. Denn wir schaffen es nicht immer alleine. Die Depression drängt uns, uns dem, was ist, und insbesondere *dem Leben neu, vermehrt zuzuwenden*, alles Gewesene „*einzuklammern*“ und mit einer neuen, phänomenologischen Offenheit auf es zuzugehen. Denn letztlich geht es doch darum: die Liebe zum Leben gelebt zu haben; um dereinst nicht sterben zu müssen, ohne vom Wert des Lebens berührt worden zu sein.

Literatur

- Battegay R (1996) Psychoanalytische Neurosenlehre. Frankfurt/M: Fischer
- Beck AT, Rusch AJ, Shaw BF, Emary G (1981) Kognitive Therapie der Depression. München: Urban & Schwarzenberg
- Buber M (1973) Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider
- Frankl VE (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl VE, v Gebattel VE, Schultz JH (Hrsg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd III. Wien: Urban & Schwarzenberg, 663-736
- Frankl VE (1975) Anthropologische Grundlagen. Bern: Huber
- Freud S (1968) Abriß der Psychoanalyse. In: Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O (Hrsg) Freud S, Gesammelte Werke Bd 17. Frankfurt/M: Fischer, 63-108
- Freud S (1982) Triebe und Triebchicksale. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hrsg) Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. III, Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M: Fischer, 75-102; auch: Das Ich und das Es, ebd. 273-330
- Gendlin ET (1998) Focussing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. München: Pfeiffer
- Grawe K (1987) Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata. Ein Prozeß mit vorhersagbarem Ausweg. In: Casper FM (Hrsg) Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Tübingen: DGVT, 72-77

- Jung CG (1972) Analytische Psychologie und Erziehung. In: Gesamtwerke Bd 17. Olten: Walter, §§ 127-129
- Kriz J (1998) Die Effektivität des Menschlichen. Argumente aus einer systemischen Perspektive. Gestalt Theory, 20, 131-142
- Kriz J (2000) Organismische Erfahrungen. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 478f.
- Kuiper NA (1978) Depression and causal attributions for success and failure. In: J. Personality & Social Psychology 36, 236-246
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16,1, 1-8
- Längle A (2003) Wertberührung – Bedeutung und Wirkung des Fühlens in der existenzanalytischen Therapie. In: Längle A. (Hrsg.) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas, 49-76
- Mentzos S (1997) Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt/M: Fischer
- Metzger W (1962) Schöpferische Freiheit. 2. umgearbeitete Auflage, Frankfurt: Waldemar Kramer
- Rogers CR (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG
- Schmeling-Kludas C, Eckert J (1996) Psychotherapeutischer Umgang mit körperlich Kranken. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Eberhard W (Hrsg) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer, 391-432
- Seligmann M (1999) Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: Beltz
- Tellenbach H (1983) Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik. Berlin: Springer

Anschrift des Verfassers:

DDr. Alfred Längle

Ed. Suez-Gasse 10

A-1150 Wien

alfried.laengle@existenzanalyse.org

Literaturhinweis für Depression

Längle A, Funke G (Hg) (1987) Mut und Schwermut. Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE 3, 2 (von 1987). Wien: GLE-Verlag

Darin sind folgende Beiträge enthalten:

- Distelkamp Ch: Existenz in der Depression.
- Kühn R: Auch Schwermut ist Noch-Mut. Versuch einer phänomenalen Einübung.
- Längle A: Depression oder Selbst-Pression? Existenzanalytische Grundstrukturen und Therapie psychogener und noogener Depressionsformen.
- Längle A: Mut und Schwermut.
- Tutsch L: Existenzphilosophie und Depression.
- Winkelhofer W: Psychiatrie und Existenzanalyse der Depression: „Vom Katecholaminstoffwechsel zur noetischen Dimension.“

Überblick über die existenzanalytische Psychotherapie bei depressiven Störungen

Alfried Längle

Die existenzanalytische Arbeit mit depressiven Menschen geht vom phänomenologischen Verständnis des Verlustes eines emotional angebundenen Werterlebens aus. Über mehrere Schritte führt sie zum tiefsten Punkt der Depressions-Behandlung, der in der gestörten Grundbeziehung zum Leben gesehen wird. Diese soll in der Behandlung durch die Induktion des Grundwertes (vor allem durch das Trauern und die therapeutische Beziehung) und der Ausbildung einer neuen Haltung zu ihm einen neuen Boden bekommen. Dieser Fokus der existenzanalytischen Therapie der Depression bedarf jedoch einer Reihe vorbereitender und begleitender Aktivitäten, um die im depressiven Leiden verhärteten Strukturen aufzuweichen und die Person für den Veränderungsprozeß zu öffnen.

Schlüsselwörter: Depression, Therapie, Grundwert, Personale Positionsfindung

The existential analytical treatment of depression starts from its phenomenological understanding which lies in the loss of emotionally based experiences of values. The procedure needs several steps to eventually come to the deepest point of the treatment which is seen in the disturbed relationship to life itself. By the induction of the fundamental value (mainly through grieving and the therapeutic relationship) and finding of a new attitude towards it, the relationship to life can gain a new basis. This existential focus however needs a series of preparative and accompanying activities to weaken the depressive structures fixated by the suffering and to open the person for the change process.

Key words: depression, therapy, fundamental value, personal positioning

1. Einleitend zum existentiellen Verständnis der Depression

Aus der Sicht der Existenzanalyse ist Depression eine psychische Störung, deren Belastung aus der Störung des Werterlebens stammt. Die Depression als Störung der Psyche hat eine mehr oder weniger große (primäre oder sekundäre) somatische Beteiligung. Sie führt aber darüber hinaus auch zu einer Beeinträchtigung der personalen Dimension, somit von Einstellungen und Haltungen zur Umwelt und Innenwelt, von Entscheidungen und des geistigen Erlebens von Welt und von sich selbst. Die Depression betrifft somit alle Dimensionen des Menschen, den Körper, die Psyche und das Personsein.

Das Spezifische an der depressiven Störung ist nun, daß der Realitätsbezug zur Welt und zu sich selbst (vor allem zum Körper) praktisch ungestört bleibt. Die zentrale Störung betrifft hingegen das Erfassen des Wertes in den personalen Bezügen. Dinge, über die man sich normalerweise freuen kann oder die als angenehm erlebt werden, Interesse erzeugen usw. verblassen in ihrer Farbe. Dieses Phänomen ist in der Psychiatrie bekannt als „negative Affizierbarkeit“. Ihre *existentielle Relevanz* ist der Verlust des Werterlebens, eine Verarmung hinsichtlich der

„geistigen Nahrung“, die die Werte für die Person darstellen, weil sie die Inhalte sind, die unser Leben erfüllen und unsere Beziehungen anziehend machen und erhalten. Werte haben eine belebende, stärkende und nährenden Wirkung auf die Person und auf die Psyche des Menschen (Längle 2003a). Über die Werte besteht eine Beziehung zu einer tieferen Struktur der Existenz, zum Leben selbst. In der Tiefe ist die Depression eine gescheiterte Auseinandersetzung mit dem Wert des Lebens selbst. In der Depression ist der „Grundwert“, die Beziehung und Fühlung des Wertes des Lebens selbst, gestört.

2. Therapie

Die existenzanalytische Therapie der Depression soll auf *allen* ursächlichen Ebenen ansetzen (vgl. aus der Sicht der Existenzanalyse Frankl 1982a, b; Längle 1991), wie das ja heute von praktisch allen psychotherapeutischen Richtungen getan wird: auf der Beziehungsebene, auf der kognitiven, emotionalen, somatischen, biographischen und sozialen Ebene. Uns interessiert hier aber besonders der existentielle Schwerpunkt.

1. In der Existenzanalyse wird der **therapeutischen Beziehung** bei der Behandlung der Depression besondere Aufmerksamkeit

samkeit zugeteilt. Die Beziehung soll durch warme, verstehende Zuwendung geprägt sein. Die aktive Zuwendung zum Patienten¹ und seiner Not, die empathische Einfühlung ist deshalb so wichtig, weil der Therapeut eine neue Berührungsfläche mit dem Leben darstellt, woran sich der Depressive erwärmen kann und seine normativen, erstarrten Strukturen aufgeweicht werden. So kann am Therapeuten eine „Beziehungsaufnahme zum Leben“ erfahren werden. Der Therapeut wird gleichsam symbolischer Repräsentant des Lebens, kommt aber durch seine *aktive* Zuwendung dem Patienten in der Situation mehr entgegen als es das reale Leben in der Situation des depressiven Rückzugs vermag.

2. Zuwendung zur Gegenwart und Fraktionierung der Aufgaben. Der depressive Patient lebt mehr in der Vergangenheit. Er hat wenig aktuelle Nähe-Beziehung zum Leben, sondern vorwiegend distante. Was Leben ist, kann er bei anderen beobachten, nicht bei sich selbst. Aus dieser Distanz zum Leben ist die konkrete Lebensgestaltung im Alltag gestört: Tagesstruktur, Ruhephasen, Schlafverhalten verdienen besondere Beachtung, wie auch das Schaffen von Entlastungen (Krankenstand). Besonders aber ist bei dem, was der Patient tut, auf die *Zuwendung* zu dem, was er tut, zu achten (vgl. auch die vergleichbaren Effekte beim Burnout – z.B. Längle 1997; Nindl 2001). Auch ein Besinnen auf erhalten gebliebene Fähigkeiten und kleine Aufgaben ermöglicht das Einfädeln des Lebensbezugs.

3. Arbeit an kognitiven Strukturen und Fehlattritionen. Dieser Schritt ist nicht spezifisch für die Existenzanalyse. Es geht dabei um das Aufdecken und bewußt machen von Denkkirkeln, Erschöpfungszirkeln, Generalisierungen vom Typus „immer“, „nie“, „alle“ usw.

4. Mobilisierung personaler Ressourcen und Einüben von Stellungnahmen. Hier kommen spezifische existenzanalytische Elemente zum Einsatz, insbesondere die zentrale personale Fähigkeit der Stellungnahme.

a) **Selbst-Distanzierung** (Frankl 1982a, b)

- gegenüber *Gefühlen*
(Muster: „Die Gefühle sind jetzt eingefroren, aber ich laß mir von ihnen nicht diktieren, was ich tun soll.“)
- gegenüber *Erwartungen*
(daß sich bei dem, was man tut, Gefühle der Freude usw. einstellen müssen)

Wir versuchen mit den Patienten einen personalen Umgang mit der Freudlosigkeit und den negativen Gefühlen zu erarbeiten. Dies ist wichtig, da Freude normalerweise eine Orientierungshilfe ist, die uns aufzeigt, wo wir uns nahe am Leben befinden. Der Depressive, der sich bei Tätigkeiten nicht mehr freuen kann, wird dies zudem als eigenes Versagen empfinden. In der Folge kann der Depressive in eine *Eskalation des Negativen* geraten: er wird auch noch traurig darüber, daß er sich nicht mehr freuen kann und unfähig ist, sich Freude zu verschaffen. In der Therapie ist daher diese Negativspirale zu

bedenken. Es ist entlastend für den Patienten, wenn er darauf aufmerksam gemacht wird, daß in dieser Zeit des „schwarzweiß Films“ der Depression keine Erwartungen am Platz sind, vor allem nicht, daß sich Freude einstellt. Er soll sich vielmehr auf das kognitive Wissen (1. Grundmotivation) und auf das Gespür für das Richtige (3. Grundmotivation) konzentrieren (nicht auf das Fühlen des Defizitären, also auf die 2. Grundmotivation), um so den Schaden einzudämmen. Dadurch entlastet er sich von den Erwartungen an positive Emotionen (vom sich freuen müssen). Das Durchbrechen des Teufelskreises „Depression über die Depression“ kann als ein wichtiges Wirkelement in der Depressionstherapie (Einstellungsarbeit!) angesehen werden.

b) **Selbst-Annahme:** sich zu dem stellen, was man tut, oder es lassen.

Dabei wird die Haltung vertreten, daß dem Handeln selber auch eine Wertigkeit zukommt, die vielleicht bedeutsamer ist, als man sich bewußt eingesteht. Denn Depressive neigen dazu, alles Eigene abzuwerten bzw. normativ zu betrachten (im Sinne von: „man muß doch“) und verlieren daher die Offenheit für den Wert, den eine Handlung hat. Wenn jemand z.B. gerne malt und dies als sein größtes Interesse ausgibt, aber es kaum ausführt, sondern immer vor dem Fernseher sitzt, so ist ganz pragmatisch davon auszugehen, daß ihm Fernsehschauen doch mehr bedeutet als Malen – aber er will das vielleicht nicht sehen. Diese falschen Vorstellungen von sich selbst stellen eine Überhöhung des eigenen Wertes dar, die bereits megalomane Züge trägt. Vor solcher „Megalomanie“ kann man aber nur scheitern („ich habe als Künstler versagt ...“). – In der Depressionsbehandlung geht es nun darum, diese Selbstannahme anzustoßen und die vorliegende (oft tägliche) Selbstentwertung zu unterbrechen. Denn der Depressive meint, daß er sich nicht mit dem Wichtigsten abgibt, sondern seine Zeit mit Belanglosem verschwendet. Es wäre kulturell viel höher stehend, zu malen, sich mit Kunst zu beschäftigen. Aber was er jetzt tue, das sei nichts wert. Aber wird hier nicht der Wert des Fernsehens abgewertet? Stellt für ihn das Fernsehen in so einem Falle der Unwiderstehlichkeit nicht auch einen Wert dar, der vielleicht darin liegt, durch dieses Medium ein Gefühl zu bekommen, näher am wirklichen Leben dran zu sein, mehr inmitten des Geschehens, und die Einsamkeit durchbrochen zu haben? Ist so ein Wert nicht existentiell bedeutsamer als ein vielleicht kulturell angesehener, der aber das Herz nicht zu wärmen vermag? – Wenn ein Wert der *Grund einer Bevorzugung* einer Handlung vor einer anderen, einer Sache vor einer anderen etc. ist, dann geschieht täglich eine reale Bewertung durch die Bevorzugung des Fernsehens – aber die Stellungnahme zu diesem realen Bewerten fehlt oft bei Depressiven oder sie ist nicht bezogen auf den möglichen Wert, der in der „falschen Handlung“ liegt, weil das rigide, normative Denken ihn nicht zuläßt. Durch dieses sich Eingestehen des möglichen Wertes in der abgelehnten Handlung kommt es zu einer Versöhnung mit sich selbst und zu einem Ende des Entwertungsstressses.

c) **Personale Positionsfindung** – methodisches Einüben der Stellungnahmen (Längle 1994b)

Das Ziel dieser Methode ist die Überleitung der depressiven

¹ Der einfacheren Lesbarkeit halber wird das generische Maskulinum verwendet.

„primären Emotion“ in eine „integrierte Emotion“ (vgl. Längle 2003b). Dies wird über drei Schritte versucht, die hier mit einer typischen Frage kurz skizziert sind:

PP1 – Position nach außen: Stimmt das auch? *Woran* erkenne ich das?

PP2 – Position nach innen: Wenn das so wäre, was würde mir verloren gehen? Könnte ich es dieses *eine Mal* aushalten?

PP3 – Position zum Positiven: *Worum* geht es mir in dieser Situation? Bin ich hier, um mir etwas zu beweisen oder etwas zu tun?

5. Bearbeiten der Versagensgefühle und des Verstehens.

Durchgehen des Versagens und der depressiven Wahrnehmungen bis zum positiven Kern, wodurch es zum Kippen des Negativen ins Positive kommt: „Wo liegt die Stärke in dem, was ich als Schwäche angesehen habe?“ – „Ist es wirklich nur ein Versagen, was ich als Versagen ansehe, oder ist da nicht auch ein Zu-mir-selber-Stehen möglich?“

Dadurch kommt es zum *Verstehen* der *Intention* des Verhaltens und zur Beziehungsaufnahme zum eigenen Leben.

Z.B. kommt eine Patientin mit depressiver Verstimmung, weil sie vor kurzem „wieder versagt“ habe. Sie hat einer Einladung von Freundinnen zum Kaffee zugesagt, ist aber nicht hingegangen. Sie sei bis zum Haus der Gastgeberin gegangen, habe den Finger an die Glocke gesetzt, ihn im letzten Moment sinken gelassen und sei wieder heimgegangen. Dort vergrub sie sich und verfiel in depressive Stimmung und depressives Denken. Sie fühlte sich schlecht, unfähig und vollends als Versagerin. Dieses Gefühl wurde noch verstärkt durch den Umstand, daß sie die Freundinnen nicht angerufen hatte, um sich zu entschuldigen.

Das Versagen und das Finden des versteckten Wertes ihres Handelns bearbeiteten wir mit einer phänomenologischen Vorgangsweise: Was hat sie bewegt hinzugehen? – Warum hat sie nicht angeläutet? – Hat sie einen Grund gehabt, daß sie die Klingel nicht gedrückt hat – was war das? – Es stellte sich nach einigem Suchen heraus, daß sie in dem Moment, als sie die Klingel drücken sollte, das Gefühl überwältigte, sich den Freundinnen nicht zumuten zu können, weil sie so depressiv war. Sie dachte ganz klar, sie würde ihnen alle Freude nehmen, wenn sie mit ihrer Stimmung auftauchte. Nun verstand sie, daß sie sich eigentlich aus einem sehr positiven Grund – die Freundinnen zu schützen – umgedreht hatte und im Grunde (zumindest auch) aus Liebe zu den Freundinnen nach Hause gegangen war. Durch dieses Sich-Verstehen löste sich das Versagensgefühl auf. Auf dem Boden ihres depressiven Empfindens stand sie selbst nun als Person und hatte gehandelt. Und in diesem Handeln hatte sie einen Wert verfolgt, der ihr sehr wichtig ist: den Freundinnen einen Liebesdienst erweisen. Die Patientin verließ erleichtert und tief berührt die Stunde. Sie hatte sich im Dickicht der depressiven Gefühle angetroffen und annehmen können.

6. Bearbeitung der Schuldgefühle und Konkretion der Verantwortung. Depressive Schuldgefühle stammen zum einen aus diffusen *Verantwortungsgefühlen*, bei denen es um die Klärung des Realgehaltes und der echten Verantwortung bzw. des tatsächlichen Schuldigwerdens geht. Zum anderen stam-

men sie aus *überhöhten Wertvorstellungen*, die ebenfalls einer kritischen Stellungnahme und Revision bedürfen.

Der Depressive neigt außerdem dazu, „*Verantwortungsvakate*“ aufzufüllen, wodurch er sich überfordert und Frustrationen holt. Z.B. kann niemand verantwortlich sein für die Gefühle anderer Personen, beispielsweise ob die Mutter oder der Vater glücklich ist. Der Depressive belastet sich aber damit, fühlt sich diffus verantwortlich („Verantwortlichkeitsgefühl“ als Pendant zum diffusen Schuldgefühl), erschöpft sich und fühlt sich in der Ausweglosigkeit als Versager und schuldig.

7. Arbeit an Wertbeziehungen und Einüben einer ablehnenden Haltung zu Werten. Die Devise ist: „Sich selbst täglich etwas Gutes tun!“ Die ablehnende, entwertende Haltung zu sich und verbunden damit der depressive Beziehungsverlust zum eigenen Leben sollen durch konkrete, entschiedene Handlungen bearbeitet werden und durch tägliches Üben sollen neue, lebensbejahende Erfahrungen gemacht werden können. Psychotherapeutisch werden die Gefühle und Gründe bearbeitet, die den Patienten davon abhalten und dabei begleiten. Der Leitsatz aus der Wertelehre wird dem Depressiven praktisch gemacht: „Nichts ist ‚gut‘, das nicht auch für mich gut ist.“

Hier geschieht viel Arbeit an Wertblockaden, an der Wertwahrnehmung und an den Traumatisierungen bzw. Verlusten. Der Vitalitätsmangel der endogenen Depression erfordert eine spezielle Behandlungsform, wofür in der Existenzanalyse spezifische Schritte ausgearbeitet sind (vgl. die Grundlagen in Frankl, 1983). Wichtig ist vor allem auch die Sensibilisierung für *Erschöpfung*. Der Patient lernt die entsprechenden vorbeugenden Maßnahmen zu treffen.

8. Die tiefe Therapie am Grundwert und das Trauern als Hauptarbeit in der Depression. Nach dieser vorbereitenden Arbeit auf der Werteebene kommt man früher oder später auf diese tiefe Schicht existenzanalytischer Therapie, wo mit dem Patienten daran gearbeitet wird, jene Einflüsse aufzudecken und fühlbar zu machen, die dazu geführt haben, daß er eine negative Haltung dem Leben gegenüber aufgebaut hat. Die Arbeit geht im allgemeinen über die Phasen der Wut, der Trauer und der Ressourcenförderung durch weitere Beziehungs- und Wertearbeit (Längle 1993, 38-58).

Man kann sich schon vorstellen, daß der Patient bei der Frage, ob es gut ist, daß es ihn gibt und welches Gefühl er bei der Frage hat, ob er leben mag, an die wunden Stellen seines Lebens kommt. Den tiefsten Punkt existenzanalytischer Therapie der Depression sehen wir darin, den Grund zu legen für eine neue Haltung dem Leben gegenüber, und das Bewußtsein zu schaffen, daß diese Haltung letztlich eine Entscheidung aus der Quelle personalen Lebens ist, die im letzten Ahnen und Fühlen des Daseins wurzelt.

Der tiefste Punkt der existenzanalytischen Therapie ist erreicht, wenn es zu einer emotional getragenen Stellungnahme zum Leben, zu einem „Ja“ zum Leben kommt. Diese Stellungnahme geschieht aus dem Fühlen des tiefen Wertes des Lebens, für den sich der Patient durch neue Erfahrungen und Haltungen wieder öffnen und Zugang finden kann. Dann kann er sich auch mit einer Entscheidung über die depressiven Gefühle erheben. Denn Depression ist in unserem Verständnis der Verlust einer

existentiellen Grundmotivation, und somit einer aktiven Komponente personalen Handelns. In der Depression geht im besonderen die *Zuwendung* zum Leben und zum Lebenswerten auf der Basis leidvoller Gefühle verloren. Um die Zuwendung wieder zu gewinnen, ist die Trauer von größter Wichtigkeit, manchmal auch die Wut. Wesentlich ist jedenfalls, daß man in sich die Kraft des Lebens wieder zu spüren beginnt: die tröstende Kraft der Tränen oder die stärkende und beschützende Kraft der Aggression.

3. Therapie der Suizidalität

Hier sollen nur einige ergänzende Bemerkungen zu dem umfassenden Artikel von A. Nindl in diesem Heft gegeben werden, wo er ausführlicher auf das Verständnis und die Behandlung der Suizidalität eingeht.

Die Suizidalität ist ein häufiges Phänomen in der Depression. Wenn man mit der ganzen psychischen Last einer Depression leben muß, mit dem entsprechenden Verlust von Kraft, mit dem Leiden am Versagen, am Mangel, am Fehlen, an der Schuld usw. und ohne Perspektive einer Hoffnung, ohne Lust und Freude am Leben, dann werden die suizidalen Tendenzen schnell verständlich. Existenzanalytisch betrachtet verstehen wir den Wunsch, sich das Leben zu nehmen, als Symptom, das der inneren Haltung und Beziehung zum Leben entspricht. Wenn man bedenkt, daß der Depressive sein Leben als schlecht bewertet, als reine Last für die anderen und daher als Ursprung einer unüberwindlichen Schuld, dann erscheint die Suizidalität als logische Konsequenz und als ehrlicher Ausdruck des Erlebens. Diese negative Bewertung des eigenen Lebens (wir nennen sie deshalb in der Existenzanalyse auch „negativer Grundwert“) führt aber nicht nur zu negativen Gefühlen und Affekten, sondern ebenfalls zu einer persönlichen Haltung, die eine *Entscheidung* gegen das Leben beinhaltet. Die Suizidalität selbst ist daher keine Krankheit, sondern eine Entscheidung der Person angesichts der Krankheit. Diese Entscheidung, das durchzuführen, was er denkt und fühlt, also seiner psychischen Realität und seiner Überzeugung zu folgen, ist ein Akt, der ihm geradezu moralisch erscheint innerhalb seines Bezugsrahmens.

Wir kennen drei Gründe, die den Depressiven von seiner selbstzerstörerischen Absicht abhalten können: eine *positive, innere Haltung zum Leben*, *Angst* und ein *Mangel an Kraft*. Letzteres ist besonders in der Mitte schwerer depressiver Phasen der Fall. Suizidalität ist dann aber am Beginn und am Ende der depressiven Phase akut, wo der Patient genügend Kraft hat, um sein Vorhaben zu realisieren. Die Suizidalität am Ende der Phase ist besonders gefährlich, weil man sie nicht mehr erwartet, geht es dem Patienten doch sichtlich besser. Die negativen Gefühle sind weitgehend gewichen, Aktivität und Unternehmungsgeist erstarken – jedoch fehlt noch eine neuerliche Bestärkung der bejahenden Haltung zum Leben. So weichen die äußerlich sichtbaren depressiven Gefühle und der Aktivitätsmangel, aber in der Tiefe besteht noch weiterhin die düstere, lebensablehnende Haltung.

Betrachten wir noch kurz die *positive, innere Haltung zum Leben* als dem stärksten Schutz vor dem Suizid. Diese Haltung kann aus einer tiefen Überzeugung über den Wert des Lebens stammen, verbunden mit dem *kognitiven Wissen*, daß es sich

derzeit um eine Phase mangelhafter Produktion von Neurotransmittern im Gehirn handelt oder um einen psychischen Zustand, der einem Verlust eines existentiellen Wertes entspricht, aber noch nicht von der Person durchgearbeitet ist usw. Ein solches Wissen, solche Erklärungen über die Ursachen des depressiven Zustandes sind wichtig, um die Überzeugung, daß das Leben einen Wert hat, aufrecht zu erhalten. Die Überzeugung ist eine Haltung, eine allgemeine Entscheidung über den Grundwert des Lebens. Normalerweise ist eine solche Überzeugung begleitet von (kognitiven) Erinnerungen an ein Leben mit positivem Wert – was bedeutet, daß das Leben auch andere Seiten hat, die man jetzt nicht sehen kann.

Eine andere Form der inneren, positiven Haltung zum Leben wurzelt im *Glauben* – somit in einem Verständnis des Lebenswertes, das nicht nur in einer besonderen subjektiven Erfahrung begründet ist, sondern auch in einer Offenbarung, in einem größeren und göttlichen Wissen. Doch hat man auch aufzupassen: ein Glaube, der nicht auf eigenen Erfahrungen beruht und sich nicht auf Erinnerungen an den positiven Wert des Lebens bezieht, kann dem Druck und dem Gewicht der Depression kaum standhalten.

Schließlich ist als eine versteckte Form der positiven, inneren Haltung zum Leben auch die Haltung anzusehen, wenn jemand aus „*Feigheit*“, aus Mangel an Mut vom Suizid absieht. In diesem Gefühl von Feigheit, wie die Patienten ihre Haltung in der typischen selbstentwertenden und bereits autoaggressiven Manier bezeichnen, findet sich phänomenologisch eine Unsicherheit, ein Zweifel, eine verborgene Hoffnung, ein uneingestandener Impuls, daß das Leben schließlich doch etwas Gutes sein könnte, oder daß es von unantastbarer Natur ist. Hinter der Erschütterung einer so definitiven und unwiderrufflichen Entscheidung stößt man oft auf einen Respekt, der alle Logik und Argumentation übersteigt. Für die Therapeuten ist es wichtig, dieses Verborgene hinter solchen Worten zu sehen und zu bedenken, weil sie dem Patienten so besser beistehen können in seinem Personsein.

Sprechen wir nun noch etwas über die **Behandlung** der Suizidalität. Sie besteht im

- a) Anbieten und Erarbeiten eines Verständnisses seiner Situation,
- b) Aushandeln eines Versprechens, keinen Suizid zu verüben.
- c) Im ablehnenden Fall muß der Therapeut eine feste Haltung einnehmen, damit der Patient lückenlos in Beziehung zu anderen Personen bleibt.

a) Der Therapeut lädt den Patienten ein, über seine Suizidwünsche, Absichten oder Pläne zu sprechen. Da es sich dabei auch um verheimlichte Tendenzen handeln kann, ist eine empathische Formulierung der Anfrage nötig, die es dem Patienten erleichtert, auf die Frage einzugehen bzw. die seine verheimlichende Absicht zu umgehen vermag. Um ein Beispiel zu geben: „Ich verstehe Ihre Lage gut, in der Sie sich jetzt befinden. Sie müssen eine enorme Last tragen ... Ich kann mir vorstellen, daß man in so einer Situation die Lust am Leben verliert – und daß man sich vielleicht sogar mit dem Gedanken trägt, ihm eine Ende zu setzen. Geht es Ihnen nicht auch so?“ – So kann sich der Patient verstanden fühlen und im Falle der Zustimmung mit Erleichterung reagieren. Dieses Angebot an Ver-

ständnis stärkt auch die Beziehung zum Therapeuten.

Sollte der Patient keine solchen Impulse und Gefühle verspüren, dann ist diese Anfrage keinesfalls schädlich. Manche Therapeuten befürchten nämlich, durch eine solche Frage den Patienten negativ zu beeinflussen oder ihm sogar einen Selbstmord nahezu legen. Ein nicht suizidaler Mensch wird diese Frage als Herausforderung zu einer positiven Stellungnahme zu seiner Lebenssituation auffassen, selbst wenn er depressiv ist, und etwa antworten: „Meine Situation ist nicht so schwer, wie Sie denken!“

Jemand, der sich suizidal fühlt, wird hingegen anders reagieren. Er wird es entweder erleichtert bejahen und sich verstanden fühlen, oder aber bemüht sein, seine Absichten aus mehreren Gründen zu verbergen. Er möchte z.B. eine Hospitalisierung oder eine medikamentöse Behandlung vermeiden; oder er hat nicht genügend Vertrauen in den Therapeuten, um darüber sprechen zu können; oder er ist bereits entschieden und möchte nicht an der Durchführung seiner Pläne gehindert werden. Dann ist zu erwarten, daß der Patient die Frage sogar empört von sich weist.

Wie kann nun eine solche Gefahr der *Dissimulation* erkannt werden? Dazu brachte Frankl (1982a) bereits in den zwanziger Jahren einen Vorschlag, der heute eine weite Verbreitung gefunden hat. Frankl hatte damals eine Abteilung mit suizidalen Frauen geleitet, und vor ihrer Entlassung mußte er ihr Suizidrisiko einschätzen. Er entwickelte eine kurze Fragetechnik, mit deren Hilfe die Gefahr einer *Dissimulation* recht gut eingeschätzt werden kann. Die Fragen zentrierten sich indirekt um die Sinnbezüge des Patienten. Diese kommen durch folgende Beobachtung ins Spiel: wenn der Patient einen Sinn für sein Leben sieht, dann verringert dies das Risiko des Suizids, aber wenn er keinen sieht, hat er nichts, das ihn davon abhalten könnte. Sinn ist das wichtigste Hilfsmittel gegen Suizidalität.

Die Aufdeckung versteckter Suizidalität beginnt, wie oben ausgeführt, mit der Nachfrage nach möglichen suizidalen Tendenzen. Wenn der Patient solche Tendenzen dissimulieren will, wird er bemüht sein, die Bedenken des Therapeuten zu zerstreuen und dabei etwa so sprechen: „Nein, ich habe keine solche Gedanken ... Das würde mir nie einfallen ... Sie brauchen sich keine Sorgen machen!“

Bei einer solchen Antwort kann eine mögliche *Dissimulation* durch eine aufs erste schockierend erscheinende Frage aufgedeckt werden: „Warum würden Sie das nicht tun? Was läßt Sie so sicher sein?“ – Im Falle einer *Dissimulation* wird der Patient sichtlich überrascht sein und typischerweise ins Stottern geraten: „Nein, eh – nein, ich mache das nicht, seien Sie unbesorgt, seien Sie sicher, daß ich das nicht mache ...!“ Die *Dissimulation* ist daran erkennbar, daß sich der Patient nicht auf einen Sinn beziehen kann, und er kann keinen konkreten Inhalt angeben. Sollte der Patient aber nicht dissimulieren, wird er ruhig seine Gründe angeben können und beispielsweise sagen: „Ich habe eine Familie ..., habe diese und jene Aufgabe ..., ich möchte es wegen meiner Frau nicht machen ..., wegen Gott ... usw.!“

b) Die suizidalen Patienten werden angefragt, ob sie *versprechen* können, sich nichts anzutun. Es empfiehlt sich nicht,

sie in allgemeiner Art zu fragen: „Können Sie mir versprechen, sich nicht umzubringen?“ Der Großteil der Menschen könnte dies aufrichtigerweise nicht versprechen. Die Frage soll konkreter und begrenzter sein: „Können Sie mir versprechen, sich diesen Monat (oder diese Woche) nichts anzutun?“ In schweren Fällen muß die Frage noch eingegrenzter sein: „Können Sie mir versprechen, daß wir uns morgen wieder sehen?“ Der einzige Inhalt, auf den sich das Versprechen in akuten und subakuten Fällen beziehen kann, ist die Beziehung zwischen Therapeut und Patient, und nicht auf die mögliche Tat. „Können Sie mir versprechen, daß Sie mich auf jeden Fall kontaktieren, wenn Sie es nicht mehr verhindern können, daß Sie den kreisenden Gedanken um den Suizid nicht mehr Einhalt gebieten können? – Können Sie mir versprechen, daß Sie mich anrufen, wenn Sie nicht mehr garantieren können, daß Sie sich nichts antun? Versprechen Sie mir, daß Sie mich in einem solchen Fall sicherlich anrufen, egal ob tagsüber oder nachts, bevor Sie sich etwas antun?“ Es ist notwendig, dieses Versprechen mit einem Handschlag zu bekräftigen, bei dem man sich offen in die Augen schaut. Wenn der Patient den Handschlag vermeiden will oder ihn nicht genügend stark gibt oder dem Blick ausweicht, ist dies einzufordern. Wenn der Kranke darauf eingeht, hat man fast eine Garantie, daß er sich nicht töten wird, ohne sein Versprechen einzulösen. Dieses Versprechen geht mit einem großen Gewicht einher, denn es ist schwer zu sterben mit einem gebrochenen Versprechen!

c) Wenn der Patient zu einem solchen Versprechen nicht zu bewegen ist, ist die Situation als sehr kritisch einzustufen und man hat mit einem immanenten Suizid zu rechnen. In so einem Fall darf man den Patienten niemals allein lassen. Es empfiehlt sich eine Hospitalisierung. Wenn das nicht möglich sein sollte, ist es wichtig, ein soziales Netz mit vertrauenswürdigen Personen aufzubauen, die in der Lage sind, die Verantwortung zu übernehmen und eine kontinuierliche Wachsamkeit garantieren. Es ist ein fataler Irrtum, einen Patienten nach Hause zu schicken, ohne sich persönlich von einer weiteren Betreuung vergewissert zu haben (nicht nur nach den Worten des Patienten!)

4. Prophylaxe

Betrachten wir noch einige Punkte zur Vorbeugung depressiver Entwicklungen und zur Psychohygiene.

a) **Kräftepflege:** Die Vorbeugung besteht darin, auf Erschöpfungsbereiche zu achten und sich für jene Bereiche zu sensibilisieren, wo Kräfteverluste auftreten. Das ist z.B. dort oft der Fall, wo man nach Pflichtgefühlen handelt oder Anstrengungen ausgesetzt ist, wie etwa in der Arbeit, beim Autofahren, ja sogar beim Geschirrwaschen. Solche Stressoren gilt es bewußt zu machen, weil durch sie viele Kräfte verloren gehen und oft zu Gereiztheit und zu muskulären Verspannungen führen (vor allem im Schulter- und Rückenbereich).

Durch Einbau von Erholungsphasen, Achten auf genügend Schlaf, auf Pausen, sportliche Betätigung, Tagesgestaltung, Wochenplanung kann dem Kräfteverlust und der Erschöpfung

vorgebeugt werden. Rhythmen und Regelmäßigkeiten erleichtern das Leben, nehmen Entscheidungen ab. Es ist wichtig, in seiner Geschwindigkeit zu leben. – Jede Depression hat unserer Erfahrung nach einen Erschöpfungsanteil!

b) **Medikamente:** Zum Bereich der Kräftepflege – und damit zum Bereich der ersten Grundbedingung erfüllter Existenz („erste Grundmotivation“ Längle 1992b, 1999) – gehört der Einsatz von Medikamenten (Phasenprophylaxe und Antidepressiva). Sowohl Lithium als auch langdauernde Gabe von Antidepressiva sind erprobte Mittel zur Prophylaxe der Depression.

c) **Wertpflege:** Zur Erhaltung der Lebensfreude und der Lebenskraft ist es wichtig, jenen Bereichen, die man mag, Aufmerksamkeit zu schenken und ihnen genügend Platz im Leben einzuräumen. Das Grundgefühl soll erhalten oder eventuell sogar gesteigert werden: daß es gut ist, daß man lebt und auf der Welt ist. Dafür sind Erfahrungen wichtig, die einen mit dem Wertvollen in Beziehung bringen, wie zum Beispiel:

- Pflege schöner Erlebnisse (nach dem Motto: Wo Freude ist, ist Leben. Es genügt nicht zu *wissen*, daß einem etwas gut täte, man muß es auch *erleben* und *tun*.);
- Genießen von *Erlebnissen*, sich Zeit nehmen für sie, sich ihnen zuwenden;
- Pflege von *Beziehungen*;
- Dinge, die einem etwas bedeuten, als *Kostbarkeit* behandeln, was auf eine Lebenskultur hinausläuft;
- Pflege des *Körpers*, der Bewegung, des Sportes. Auf „Wellness“ achten. Der Körper ist wie das Wachs für die „Flamme des Lebens“.

d) Sich den „**Lebenshindernissen**“ zuwenden: dasjenige, das einem Leben nimmt, wartet darauf.

- *Belastende Gefühle* hinterfragen nach ihrem Grund, sie mit anderen besprechen;
- Ausstehende *Trauer* aufnehmen;
- Sich den *Enttäuschungen* und *Verlusten* zuwenden, und das Gefühl aufnehmen, wenn einem etwas versagt ist oder wenn man scheitert. Durch die fehlende Zuwendung zu diesen Lebenshindernissen hält sich die Seele an dem fest, was der Verstand verweigert – was dann zur Depression führt.

e) **Sorgsamer Zeiteinsatz:** Durch einen sorgsamen Zeiteinsatz wird die Liebe zum eigenen Leben beachtet, denn Zeit ist immer Lebenszeit. Im Konkreten bedeutet dies, möglichst nur das tun, was einem wirklich wichtig ist, und möglichst zu vermeiden, Zeit für Nebensächlichkeiten zu verwenden. Besonders der Depressive hat darauf zu achten, daß er sich nicht immer wieder zurückstellt und auf sich „verzichtet“ anderen zuliebe.

f) **Spezielle Arbeit an Haltungen:** Der Depressive neigt zur Haltung des sich Unterordnens. Besonders im Vorfeld der Depression besteht die Neigung, sich zu sehr anzupassen, um wertvolle Nähe zu „verdienen“, sich vorschnell dem Schicksal

unterzuordnen oder auch sich Autoritäten zu fügen. Es bedarf einer Arbeit an der Haltung, daß man es sich wert ist, für sich einzutreten, seine Wünsche, Bedürfnisse, Ansprüche zu leben. Das depressive Idealbild ist kritisch zu reflektieren und zu verändern: es ist nicht immer von vornherein gut sich zurückzustellen und bescheiden zu sein.

Bearbeitungen von Wunschhaltungen: Wünsche beinhalten die Gefahr der latenten Passivierung, weil man den Wünschen ausgeliefert ist, wenn man erwartet, daß andere sie einem erfüllen. Durch die Fixierung in der Wunschhaltung von Dingen, die man nicht hat, erlebt man die Mangelseite des Lebens stärker. – Als Faustregel gilt: Wünsche sind so lange gut, als man sie auch lassen kann.

Arbeit an der Haltung der Selbstachtung: Zur Erhaltung bzw. Förderung der Selbstachtung bedarf es einer Sensibilisierung für Mißachtungen durch andere. Sie darf nicht mehr toleriert werden. Besteht ein liebloser Umgang durch andere, dann ist es gut, diesen prophylaktisch anzusprechen.

Literatur

- Frankl V E (1982a) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
Frankl V E (1982b) Psychotherapie in der Praxis. Wien: Deuticke
Frankl V E (1983) Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt
Längle A (1984) Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung. In: Sinnvoll heilen. Viktor E. Frankls Logotherapie - Seelenheilkunde auf neuen Wegen. Freiburg: Herder, 47-63
Längle A (1991) Depressive Verstimmung und Persönlichkeit, depressives Verhalten. Eine Fallstudie zur Interaktion von Psychopharmaka und existenzanalytischer Psychotherapie. In: Danzinger R (Hg) Psychodynamik der Medikamente. Interaktion von Psychopharmaka mit modernen Therapieformen. Wien/New York: Springer, 47-54
Längle A (1992a) Der Krankheitsbegriff in Existenzanalyse und Logotherapie. In: Pritz A, Petzold H (Hg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann-Verlag, 355-370
Längle A (1992b) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. Öffentl. Vortrag, Tagung der GLE in Zug/CH, 3. 4. 1992; publ.: Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 1999, 18-29
Längle A (1993) (Hg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE-Verlag
Längle A (1994b) Personale Positionsfindung. In: Bulletin der GLE 11, 3, 6-21
Längle A (1997) Burnout - Existentielle Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. In: Existenzanalyse 14, 2, 11-19
Längle A (1999) Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. In: Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146
Längle A (2003a) Wertberührung – Bedeutung und Wirkung des Fühlens in der existenzanalytischen Therapie. In: Längle A (Hg) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas, 49-76
Längle A (2003b) Zur Begrifflichkeit der Emotionslehre in der Existenzanalyse. In: Längle A (Hg) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas, 185-200
Längle A, Funke G (Hg) (1987) Mut und Schwerkmut. Existenzanalyse der Depression. Wien: GLE-Verlag
Nindl A (2001) Zwischen existentieller Sinnerfüllung und Burnout. Eine empirische Studie aus existenzanalytischer Perspektive. In: Existenzanalyse 18, 1, 15-23

Anschrift des Verfassers:
DDr. Alfred Längle
Ed. Sueß-Gasse 10
A-1150 Wien
alfried.laengle@existenzanalyse.org

Von Schwarzgalligkeit, sündigem Überdruß und Depression

Brigitte Heitger-Giger

Melancholie und Depression werden im geschichtlichen Überblick von der Antike bis zur Gegenwart anhand von ausgewählten Texten dargestellt. Dabei wird besonders auf die Beschreibung des Krankheitsbildes und seiner Ursachen, sowie auf die Diagnostik und die spezifischen Behandlungsformen eingegangen.

Schlüsselwörter: Depression, Melancholie, Geschichtlicher Überblick

Melancholy and depression will be depicted in a historical review from ancient to modern times with the help of selected texts. The specific accent will be on the pathography, the causes of the disease as well as the diagnostic and the specific forms of therapy.

Key words: depression, melancholy, historical review

Die Depression ist eine sehr alte Krankheit, das Material dazu ist entsprechend umfangreich, und so gibt es eine breite Palette von Theorien zu Ursache und Behandlung. In diesem Artikel werden einige davon – jeweils stellvertretend für einen Zeitabschnitt – vorgestellt, wodurch sich der Artikel als eine historische Einstimmung auf das Thema der Depression versteht.

Bereits den Griechen war die Symptomatik bekannt und ist dort aufgrund von Beobachtungen beschrieben und behandelt worden. Die Beobachtung war bei ihnen eine wesentliche Forschungsmethode, und das ist ein Grund, weshalb so vieles, das in der Antike beschrieben worden ist, über Jahrhunderte seine Gültigkeit haben wird. Sie prägten den Begriff der Melancholie, ‚melan‘ heißt schwarz und ‚cholos‘ Galle, also der Schwarzgalligkeit.



Abb.1: Edvard Munch: „Melancholie I“ (1896)

In der Antike: Die Schwarzgalligkeit

Im *Corpus hippocraticum*, verfasst um 420 vor Chr., begegnen wir in der Schrift ‚Über Luft, Wasser und Ortslagen‘ erstmals der Melancholie. In diesem Text geht es um den Einfluss der Klimaverhältnisse auf den Gesundheitszustand des Menschen. Da ist zu lesen, dass es für die Galletypen schädlich ist, wenn auf einen rauhen, im Zeichen des Nordwind stehenden Sommers, ein trockener Herbst folgt, da sie zu stark austrocknen, was bei ihnen zu Augenentzündungen, langwierigem Fieber, sogar zu Melancholie führen kann (Flashar 1966, 21-22). Denn durch dieses Klima wird das Feuchte und Wässrige der Galle ausgetrocknet und das Dicke, Beißende bleibt zurück. Die Krankheit ist charakterisiert durch die schwarze Verfärbung der Galle, was aufgrund von Konsistenz und Farbe

lich ist, wenn auf einen rauhen, im Zeichen des Nordwind stehenden Sommers, ein trockener Herbst folgt, da sie zu stark austrocknen, was bei ihnen zu Augenentzündungen, langwierigem Fieber, sogar zu Melancholie führen kann (Flashar 1966, 21-22). Denn durch dieses Klima wird das Feuchte und Wässrige der Galle ausgetrocknet und das Dicke, Beißende bleibt zurück. Die Krankheit ist charakterisiert durch die schwarze Verfärbung der Galle, was aufgrund von Konsistenz und Farbe

der Exkreme Stuhl, Urin und Erbrochenem, sowie der Haut- und Zungenfärbung diagnostiziert worden ist.

An anderer Stelle wird der gestörte Geisteszustand einer Patientin als ‚melancholisch‘ bezeichnet. Zur Schilderung gehören die Angaben zu den galligen Substanzen, sowie die Symptome schläfriges Gefühl, Mutlosigkeit, Erregung und Depression, Appetit- und Schlaflosigkeit. Diese Lehre wird dann etwas verändert, indem in der Schrift ‚Über die Natur des Menschen‘ die schwarze Galle als ein ursprünglicher Körpersaft des Menschen benannt wird – neben der gelben Galle, dem Blut und dem Schleim. Wenn nun diese vier Säfte in einer gleichmässigen Mischung vorhanden sind, so ist der Mensch gesund. Aus diesen vier Säften werden später die vier bekannten Temperamente des Melancholikers, Cholikers, Sanguinikers und Phlegmatikers entstehen, insbesondere Claudius Galen hat im 2. Jahrhundert diese Lehre weiter verfeinert.

Auch der gesunde Mensch hat schwarzgallige Anteile, und das Auftreten einer Krankheit ist eine Frage des Maßes. Diesen Ansatz finden wir auch bei *Aristoteles*, allerdings hat er sein Augenmerk in der ‚*Problematica Physica*‘ auf eine andere Frage gerichtet. „Warum erweisen sich alle außergewöhnlichen Männer in Philosophie oder Politik oder Dichtung oder in den Künsten als Melancholiker; und zwar ein Teil von ihnen so stark, dass sie sogar von krankhaften Erscheinungen, die von der schwarzen Galle ausgehen, ergriffen werden ...“ (*Aristoteles* 1991, 250). Namentlich nennt er Empedokles, Plato und Sokrates. In dieser Schrift vergleicht er den Zustand des Melancholikers mit demjenigen nach zuviel Wein- genuss. Folgende Zustände durchgehe der Weintrinker mit zunehmender Menge: Der Schweigsame wird gesprächig, dann redselig, zu Tätlichkeiten neigend, bei weiterem Konsum übermütig und schließlich rasend. Allzu viel Wein kann auch stumpfsinnig machen. Ebensolche Veränderungen - hier durch den Wein vorübergehend verursacht - könne auch die Natur hervorbringen.

Der melancholische Saft des Genialen ist nun eine Mischung aus Wärme und Kälte, sozusagen eine wohlgemischte Anomalie. Diese Menschen haben die Eigenschaften, die zur kalten und zur warmen Galle gehören. Sie neigen aber zu melancholischen Krankheiten, das heißt, wenn die Mischung kälter wird als das rechte Maß, so können unvernünftige Depressionen, Ängste, Erstarrung und Suizidalität auftreten. Zu ergänzen ist hier, dass das Altern für ihn ein natürlicher Abkühlungsprozess ist, weshalb diese Symptome im Alter häufiger auftreten. Bei Erwärmung ruft die Mischung eine gehobene Stimmung hervor. Diese Stimmungslage kann sich bei den Melancholikern zur Begeisterung steigern, ein Zustand, der den Sibyllen und Wahrsagern zugesprochen wird. Das Geniale ist hier nahe beim Wahn angesiedelt, diese Verwandtschaft geht auf Plato zurück. Ausdruck vom kranken Zustand sind Erregbarkeit, Raserei und Liebeshunger.

Aristoteles unterscheidet somit zwischen einer natürlichen Veranlagung, die den Melancholiker ausmacht, und einem krankhaften Erscheinungsbild, das wir in der heutigen Einteilung am ehesten mit den bipolaren affektiven Störungen vergleichen können.

Eingehend hat sich *Rufus von Ephesos* (2. Jh. n. Chr.) mit der Melancholie befasst, er hat zwei Bücher über die Symptome, Ursachen und Therapie der Melancholie verfasst. Dieses Werk hat noch lange großen Einfluss, so haben sich Galen, der das Wissen weiter systematisiert hat, die arabischen Mediziner des 9. Jahrhundert bis hin zum Mönch Constantinus Africanus im 11. Jahrhundert weitgehend darauf bezogen.

Rufus war die Früherkennung und sofortige Behandlung ein wichtiges Anliegen aus der Erfahrung heraus, dass die Behandlung im Anfangsstadium erfolgsversprechender ist, da der Kranke noch ansprechbar ist, die Galle sich noch nicht festgesetzt hat. Den initialen Zustand der Krankheit beschreibt er mit vereinzelt auftretenden Symptomen der Furchtsamkeit, des Zögerns, des grundlosen Grübelns, des Ekels vor bestimmten Speisen, der Sucht vom Tode zu reden und des Aufsuchens von Einsamkeit. Zudem treten Gefühle von Zorn, Traurigkeit, Freude und Angst schneller auf als beim Gesunden. Die Krankheit tritt vor allem in den Übergangsjahreszeiten auf, dabei eher im Herbst als im Frühjahr, was vor allem mit der schlechten Verdauung zu tun habe. Genau hier setzt auch die Behandlung an, denn die schlechte Verdauung wird als eine wesentliche Ursache der Störung angeschaut. Deshalb werden verschiedene Therapien und Mittel eingesetzt, welche die Stoffe im Körper, welche die Melancholie verursachen, abführen sollen. Dazu gehören Aderlass, Abführ- und Brechmittel. Zudem werden Wickel, Bäder, Spaziergänge empfohlen, ebenso eine leichte und helle Kost, Wein wird übrigens explizit genannt, da er wichtige Stoffe für die Heilung enthalte. Wegen seiner besänftigenden Wirkung wird auch der Coitus empfohlen, und schließlich wird auf die Heilkraft der menschlichen Natur vertraut.

Ergänzend möchte ich hier noch *Soran* (Rom, 1./2. Jh. n. Chr.) erwähnen, der zur Beschäftigungs- und Bewegungstherapie geraten hat. Zudem empfiehlt er die Zerstreuung, als Möglichkeiten erwähnt er Theater, Vorträge und Musik, wobei die Art der Zerstreuung dem Fassungsvermögen des Betroffenen angepasst sein soll. Ein prominentes Beispiel ist der depressive König Saul, der durch das Harfespiel Davids besänftigt worden sei.

Es gibt auch Textstellen in der Antike, die darauf hinweisen, unbedingt auf die Wahnideen der Kranken einzugehen und zwar insbesondere dann, wenn sie durch ein psychisches Leid verursacht worden seien. Durch die Kenntnis der Ursache könne – manchmal auch durch einen Überraschungseffekt – eben die Ursache beseitigt und damit eine Heilung herbeigeführt werden.

Die Akedia: Überdruß als Ursache

Ein ebenso wichtiges und prägendes Kapitel in der Geschichte von Melancholie und Depression ist die Konzeption der **Akedia** der Wüstenmönche, die zwischen 300 und 600 als Eremiten im Nahen Osten lebten. Der Begriff Akedia stammt aus dem Griechischen und ist die Negativierung des Wortes ‚Kedoz‘, das mit ‚Sorge‘ übersetzt wird, und bedeutet somit Sorglosigkeit im Sinne von Verdruss, Mattigkeit, Trägheit, und erhält dann später die Bedeutung von Überdruß.

Von dieser Akedia wurden insbesondere die Wüstenmönche erfasst, beim Studium der Inhalte wird deutlich, dass die Akedia dem Erscheinungsbild unserer heutigen Depression sehr nahe ist. Bei meinen nachfolgenden Erläuterungen zur Akedia beziehe ich mich auf Texte des Mönches Evagrius Pontikos, der um 350 geboren wurde und im späteren Alter in die ägyptische Wüste ging - vermutlich wegen einer unglücklichen Liebesgeschichte - wo er 14 Jahre lang lebte. Seine Schriften sind geprägt vom Gedankengut des frühen Christentums und sind eine tiefe Auseinandersetzung mit den seelisch-geistigen Dimensionen des Menschseins.

Ziel des Mönchslebens war es, die Reinheit des Herzens zu erlangen, die uns liebesfähig und damit gottesfähig macht. Der Mensch kann aber von Leidenschaften überfallen werden, deren Ursprung sogenannte ‚Gedanken‘ sind – er unterscheidet acht solcher verführerischer Gedanken, darunter eben die Akedia, – die zum ‚Bösen‘ verlocken. Dass solche Gedanken oder Anfechtungen auftauchen, das gehört zum Menschsein, wichtig ist es aber, einen Umgang damit zu finden. Evagrius beschreibt die Akedia als eine „Erschlaffung (atonia) der Seele, das heißt eine Erschlaffung der Seele, die nicht im Besitz dessen ist, was naturgemäß ist, und die nicht mutig den Versuchungen widersteht,“ und weiter als einen Zustand, wo „die Spannkraft (tonos) der Seele erschlafft sind“ (Bunge 1989, 38).

Zum Erscheinungsbild können Unruhe, Unzufriedenheit mit der Gegenwart, Konzentrationsstörungen, Unlust, Aktivismus oder Lethargie, Selbstzweifel und Verzweiflung bis hin zur Suizidalität gehören.

Wie ist nun diesem Zustand zu begegnen? Im Sinne der Prophylaxe ist die sorgfältige Selbstbeobachtung wichtig, sodass wir den Mechanismus der ‚Gedanken‘ und deren Verführungspotential früh erkennen. „Wenn der Geist des Überdrusses dich überkommt“, schreibt Evagrius, „dann verlasse dein Haus nicht, und weiche im gegebenen Augenblick dem nützlichen Streit nicht aus!“ (Bunge 1989, 71) Die Akedia ist ein heftiger Kampf der Seele, der ins Verderben oder aber – falls er gelingt – zu einem friedvollen Zustand führt. Der Mönch soll sich die Not eingestehen, den Zustand aushalten, durchhalten und sich dem Konflikt in sich stellen. In dieser Zeit soll man gut zu sich schauen, denn Evagrius rät: „Geh, iss, trink, schlafe und arbeite nicht.“ (Bunge 1989, 74) Und weiter: „Den Überdruß heilt das Aushalten und dass man alles mit großer Sorgfalt und Gottesfurcht tut. Setz dir selbst in jedem Werk ein Maß fest, und steh nicht eher davon ab, als bis du es vollendet hast.“ (Bunge 1989, 77) Besonders erwähnt wird auch die Heilkraft der Tränen, welche die Verhärtung der Seele aufweichen können. Wir entnehmen den Texten des Evagrius die Empfehlung eines ausharrenden, liebevollen und geduldigen Umgangs mit uns selber, des Vertrauens auf verständnisvollen Zuspruch und die Gnade Gottes. Diese Texte, die sich mit einer Dimension des Menschseins auseinandersetzen, zeugen von einem tiefen Verständnis und von einer großen Weisheit.

Bei weiterführendem Interesse sei hier auf das Buch ‚Die Sprache der Seele verstehen – die Wüstenväter als Therapeuten‘ von Daniel Hell hingewiesen.

Im Mittelalter: Verknüpfung mit Sündhaftem

Im **Mittelalter**, zu einer Zeit, in der die Kirche gesellschaftlich einen bestimmenden Einfluss hatte, wurde die Akedia zu einer Hauptsünde (taedium cordis). Im konkreten Fall galt es zwar zu klären, ob es sich um eine melancholische Erkrankung handelt, die entsprechender Behandlung bedurfte, oder um eine Sünde. Wie diese Unterscheidung konkret vonstatten ging, dazu habe ich keine Angaben gefunden. Vermutlich ging es willkürlich durcheinander, und die Begriffe haben sich zunehmend vermischt.

Für *Thomas von Aquin*, der im 13. Jahrhundert lebte, wurzelt die Acidia in einer Sinnlichkeit, die zu einer Oberflächlichkeit der Seele in der Beziehung zu Gott führt und damit nicht zum Quell der Freude vordringt. Wenn diese Beziehung zu Gott fehlt, werden die Menschen schließlich von einem Widerwillen dem Leben gegenüber erfasst, der von Ekel begleitet sein und zu einer Schläffheit bis hin zum Stumpfsinn führen kann. Für diesen Zustand trägt der Betroffene selber die Schuld, weil er sein Herz zu wenig Gott zugewandt hat und als Folge dieser ‚Trägheit des Herzens‘ in den Trübsinn verfallen ist. Deshalb klagen in der göttlichen Komödie des Dante Alighieri die Accidiosi in der Hölle mit folgenden Worten: „Wir waren Elend im süßen, sonnenfrohen Äther, da wir im Innern Unlustnebel trugen. Jetzt müssen wir im schwarzen Kote büßen.“ (Starobinski, 35)

Hildegard von Bingen (12. Jh.) verbindet die Melancholie sogar mit dem Sündenfall von Adam, denn genau in diesem Moment sei ihm die Melancholie vom Teufel eingehaucht worden und habe ihn „lau und ungläubig“ gemacht (Starobinski, 39).

‚Ora et labora‘, bete und arbeite wurde deshalb den von der Acidia Befallenen empfohlen, denn das Gebet und die Arbeit füllen die Zeit der Trägheit mit sinnvoller Tätigkeit und machen den Menschen weniger anfällig für die Verführungen des Satans.

Diese unselige Verquickung von Krankheit und Religion, wodurch die Erkrankungen zur Sünde und die Erkrankten zu Besessenen werden, wird leider noch lange ihren Einfluss haben, sogar im 20. Jahrhundert kann man mit solchen Strömungen in Kontakt kommen.

Der Humanismus: Melancholie und Genialität

Dank der italienischen **Humanisten der Renaissance**, die sich intensiv mit dem antiken Gedankengut beschäftigen, wird die Melancholie wiederum mit Genialität verknüpft.

Marsilio Ficino (1433 – 1499) ist wohl der berühmteste Vertreter des ‚genialen Melancholikers‘, seit ihm gehören Melancholie und Tiefsinn zusammen.

Hier eine kurze geschlechtsspezifische Anmerkung zur Aufteilung des Krankheitsbildes in der Renaissance: es ist sozusagen ein Vorrecht der männlichen Denker und Künstler ein melancholisches Leiden zu haben und es waren die Frauen, die an pathologischer Trauer, Depression oder Wahnsinn erkrankt sind.

Also zurück zu Ficino: In seinen umfangreichen Schrif-

ten verbindet er das Wissen der damaligen Medizin inklusive astrologischer und magischer Heilkunde mit der christlichen Offenbarung. Die körperliche Ursache wird weiterhin im Saft der schwarzen Galle gesehen, dessen langsamen Bewegungen den Körper in Wallungen versetzen und dessen Dämpfe den Verstand benebeln. Wenn diese Erklärung auch medizinisch falsch ist, so ist es doch eine gute Metapher für die Symptomatik. Zudem ist auch der Planet Saturn Verursacher von Melancholie, denn neben Leib und Seele hat der Mensch auch einen ‚Spiritus‘, der demjenigen der Welt verwandt ist. Dank dieser Analogie ist der Mensch mit der Welt verbunden und kann von den kosmischen Kräften der Sterne und Planeten beeinflusst werden. Prophylaktisch sollen die geistigen Arbeiter, die eine kontemplative Begabung haben, ihre Gesundheit pflegen mit gesunder Ernährung, blumigem Wein, Gebet und Körperübung, um nicht in den krankhaften Zustand zu kippen. Der krankhafte Zustand wird ähnlich wie in der Antike behandelt, wobei ein Hauch von Esoterik dazu kommt. Extensiv wird beispielsweise der wohltuende Einfluss von Blütenduft sowie den Farben rot, gelb, grün und weiß gepriesen.

Was sich aber verändert hat, das sind die Begründungen zu den Behandlungsmethoden. So wird beispielsweise der Spaziergang empfohlen, weil uns die Strahlen der Sonne und der Sterne von überallher in freier und ungehinderter Weise erreichen können und, wie Ficino ausführt, „unsere Seele mit dem ‚spiritus mundanus‘ erfüllen, der durch diese Strahlen reicher herabströmt“ (Klibansky 1990, 387). Ebenso wird die Wirkkraft der Musik oder von Medikamenten mit komplexen kosmischen Verbindungen und Gesetzen erklärt.

Im berühmten Kupferstich *Melencolia I* von Albrecht Dürer (1471-1528) wird die Auffassung der ‚Künstlermelancholie‘ zur damaligen Zeit dargestellt: Ein Engel in brütender Denkerpose umgeben von zahlreichen symbolischen Gegenständen; nichtstuend. Die Szene findet unter Saturn statt, der Macht und Reichtum, aber auch Kummer, Elend und Tod bringen kann. Insbesondere ist er aber Sinnbild für Kontemplation und genau die ist es, die den denkenden, tief sinnigen Menschen – weil er die Begrenztheit seines Horizontes und seiner Möglichkeiten erkennt – in die Melancholie stürzen kann.

Diese Künstlermelancholie wird zu einer gewissen Modeströmung. In Florenz bildet sich beispielsweise ein Kreis saturnalischer Intellektueller, etwas später wird sie auch England ergreifen. Shakespeare hat mit Hamlet und Ophelia das melancholische Leiden eindrücklich dargestellt, oder in einer mehr humorvollen Variante mit Jacques in der Komödie ‚Wie es euch gefällt‘ (1599).

1621 erscheint das Buch ‚die Anatomie der Melancholie‘ von Robert Burton, einem Gelehrten in Oxford. Es ist ein Kompendium, wo das gesamte Wissen der damaligen Zeit akribisch zusammengetragen worden ist, angereichert mit eigenen Erfahrungen und Introspektion. Das Werk ist heute noch, allerdings in einer gekürzten Fassung, im Buchhandel erhältlich. Burton betont, dass kein Mensch – und mag er noch so weise, glücklich oder geduldig sein – von melancholischen Stimmungen verschont ist. Aber „je nachdem, wie



Abb.2: Kupferstich *Melencolia I* von Albrecht Dürer (1471-1528)

der schwarze Gallensaft in den Menschen anschwillt oder abebbt, wie ihre leibliche Konstitution oder Kraft der Vernunft Widerstand zu leisten vermag, sind sie mehr oder minder angegriffen. Denn was dem einen ein blosser Flohbiss ist, verursacht einem anderen unerträgliche Qual; was der eine durch eigene Mässigung und gefasste Haltung glücklich überwindet, hält ein anderer ganz und gar nicht aus ...“ (Burton 2001, 85) Interessant ist die starke Verknüpfung von Körper, Seele und Geist, und es gibt Textstellen, die uns an Sigmund Freud denken lassen, denn in Kränkungen und Verlust sieht er mögliche Auslöser für die Melancholie.

Burton erwähnt auch die Selbsttötung, die zur damaligen Zeit geächtet war und massive wirtschaftliche Sanktionen für die Hinterbliebenen zur Folge hatte. Er lässt die Frage offen, ob es rechtens ist, wenn ein Mensch dies tut, äussert aber klar Verständnis für den Kranken, der aus seinen elenden und verdrießlichen Lebensumständen, gegen die sich kein Heilmittel finden lässt, schließlich die Erlösung im Tod sucht (Solomon 2001, 305).

In der Aufklärung: Empirie und Nervenheilkunde

Wir haben gesehen, dass Depression und Melancholie dem jeweiligen Zeitgeist unterworfen sind, was sich auf die Inter-

pretation und Beurteilung des Phänomens ausgewirkt hat. Durch die Schriften von *René Descartes* (1596 - 1650) kommt es zunehmend zu einer Trennung von Glauben und Wissen, was das naturwissenschaftliche Weltbild prägen wird.

Die Heilkunde macht sich auf die Suche nach den Ursachen der Symptome, die Lehre von der schwarzen Galle, die ja nie gefunden werden konnte, muss definitiv ihren Abschied nehmen.

Zur Zeit der **Aufklärung** werden dem Nervensystem und dem Gehirn zunehmend eine Vormachtstellung eingeräumt, wodurch die Melancholie zu einer Erkrankung des sinnlich reizbaren Seins des Menschen wird. Die psychischen Krankheiten werden zu einem medizinischen Fachgebiet, der Begriff Psychiatrie (Heilkunde der Seele) wird von Christian Reil, einem deutschen Arzt zu Beginn des 19. Jahrhunderts, geprägt.

Als *Philippe Pinel* 1793 zum Direktor der Pariser Irrenanstalten ernannt wurde, schaffte er Ketten, physische Gewalt und Dunkelheit ab. Vom damaligen Gefängnisgouverneur nach den Gründen gefragt, verbunden mit der Anmerkung, ob er nun selber verrückt geworden sei, soll er geantwortet haben: „Ich glaube, dass diese Menschen mit Freiheit und frischer Luft zu heilen sind.“ (Yovell 2004, 259) Ganz wird er diese Aussage nicht einhalten können.

Schauen wir konkret bei der Melancholie, wie er diese behandelt hat. „Bedenkt man“, sagt er, „welches die häufigsten Ursachen sind, so wird es einleuchten, dass eine dauerhafte Besserung, eine glückliche Ablenkung der melancholischen Vorstellungen nur erreicht werden kann, indem man auf alle Sinne der Kranken energisch und anhaltend einwirkt ...“ (Starobinski, 58)

Mit Sonnenwärme, lauwarmen Bädern, Wein und Mohnsaft wurde versucht, die Sensibilität des Melancholikers zu wecken; auch der Beischlaf, weil er das stärkste und angenehmste körperliche Gefühl sei, wurde empfohlen. Bei den melancholischen Frauen ein nicht ganz unproblematischer Vorschlag ...

Wie wurde sonst noch versucht, auf die Sinne der Kranken einzuwirken? Oft war es eine Abfolge von einfühlsamem Verständnis und unerbittlicher Strenge, bis hin zur Bestrafung, um auf die seelische Ebene des Kranken, auf seine Gewohnheiten und Neigungen Einfluss zu nehmen. Die Erwartung war, dass der Kranke, der aufgrund der Behandlung sein Verhalten sukzessive verändern muss, neue Lebenserfahrungen machen wird, die seine Sinne erregen, und er so wieder zu seiner Lebensfreude finden kann. Das Verfahren könnte wohlwollend als eine Art ‚pädagogische Psychotherapie‘ benannt werden, bei der zum Teil auch Mechanismen der Konditionierung zu erkennen sind.

Es gab auch brutale Methoden, ich zitiere *Johann Heinroth* (1773-1843), der die Meinung vertrat, dass es darum gehe, „den Kranken einigermassen empfänglich zu machen; denn diese Empfänglichkeit ist das erste, was man bei der Neigung des Kranken zur Insichversunkenheit zu erwecken und zu erhalten suchen muss, es koste übrigens, was es wolle.“ (Starobinski, 70) Koste es, was es wolle – zu den qualvollen Methoden gehörten das Bürsten der Fußsohle, Niesmittel, Brennnessel bis hin zu eiskalten Duschen und dem Drehstuhl.



Abb.3: Darstellung einer psychiatrischen Maßnahme

Auf dieser Maschine wurden die Geisteskranken zum Teil so lange herumgedreht, bis ihnen Blut aus Mund, Nase und Ohren lief. Wir können uns vorstellen, dass oft bereits die Androhung einer dieser Methoden gereicht hat, um den Kranken zu einer Verhaltensänderung zu zwingen.

In der Frühphase der Erkrankung wurden als Form der Erholung und zur geistigen Ablenkung Aufenthalte auf dem Lande oder

ausgedehnte Reisen empfohlen, besonders beliebt war der Mittelmeerraum. Bei reichen Engländern kamen diese Reisen zur Behandlung der sogenannten ‚englischen Krankheit‘ geradezu in Mode. Von Jean-Jacques Rousseau wird erzählt, er habe sich einen englischen Namen zugelegt, als er von Melancholie ergriffen durch Europa gereist ist, denn sonst wäre es nicht die echte Krankheit gewesen!

Ebenso Badekuren waren als Form der Zerstreuung ein gängiges Hilfsmittel. Vermutlich waren diese wohlgemeinten Behandlungsformen nur bei leichten depressiven Verstimmungen heilsam, wenn überhaupt.

Psychiatrie und Psychotherapie: Zusammenwirken von Körper, Seele und Geist

Der jungen **Psychiatrie** wird es zum Anliegen werden, die Krankheitsbilder zu systematisieren. Jean-Pierre Falret hat bereits um 1840 die ‚folie circulaire‘ beschrieben, die bipolare Störung. Später ist es insbesondere *Emil Kraepelin*, der die psychiatrischen Krankheitsformen geordnet hat, eine wichtige Grundlage dazu war ihm die Beobachtung am Krankenbett. Die Melancholie verlor bei ihm ihre „Berechtigung als Krankheitsform“ (Kraepelin 1920, 517) und wurde zu einem Zustandsbild, das gekennzeichnet ist durch eine „traurige oder ängstliche Verstimmung, zu der sich in der Regel auch Wahnbildungen im Sinne der Versündigung oder Verfolgung hinzugesellen.“ (Kraepelin 1920, 516) Die Depression wird bei ihm als ‚Verstimmung‘ genannt, die eine ‚Störung des Gefühlslebens‘ ist und somit *eine* Erscheinungsform des Irreseins darstellt.

Zur Behandlung empfiehlt er neben anderem die Medikation mit Opium wegen seiner beruhigenden Wirkung. Das

Opium hatte lange einen wichtigen Platz in der Behandlung von psychischen Erkrankungen, doch zunehmend kam auch die Frage auf, was wohl gefährlicher sei: die Opiumeuphorie oder die Depressionsdisphorie.

Parallel zu Kraepelins Systematisierung lief die Entwicklung der Psychoanalyse. *Sigmund Freud* veröffentlichte 1917 die berühmte Schrift ‚Trauer und Melancholie‘. Er vertritt darin die Meinung, dass Trauer und Melancholie Reaktionen auf Verlust seien, wobei es sich bei der Melancholie meist um einen „dem Bewusstsein entzogenen Objektverlust“ (Freud 1975, 199) handle. Auslöser können neben Tod auch Kränkungen und Enttäuschungen sein. Die Symptomatik der Melancholie weise dieselben Züge auf wie die Trauer, bis auf einen einzigen Unterschied: Bei der Melancholie ist das Selbstgefühl gestört, bei der Trauer nicht. Somit wird bei der Trauer die Welt arm und leer, „bei der Melancholie ist es das Ich selbst“ (Freud 1975, 200). Wie kommt es zu dieser Entwicklung? Durch die Kränkung oder Enttäuschung seitens einer geliebten Person wird die Objektbeziehung erschüttert. Dieser Konflikt wird nicht in der Beziehung mit der geliebten Person ausgetragen, sondern ins Ich verlegt. Hier geschieht eine Identifikation mit der Person, von der man kritisiert wurde, und aus dem Objektverlust geschieht ein Ichverlust. Dies erklärt beispielsweise, warum Emotionen von Feindseligkeit wie Hass gegen sich selber gerichtet werden und nicht gegen den Verursacher, die sich im Extremfall bis zur Suizidalität steigern können.

Die psychoanalytischen Konzepte werden im 20. Jahrhundert weiterentwickelt und andere psychotherapeutische Schulen entstehen.

Auch *Viktor Frankl* hat in der ärztlichen Seelsorge ein Kapitel der ‚Psychologie der Melancholie‘ gewidmet. Er beschreibt die endogene Depression als eine ‚vitale Baisse‘ und das melancholische Erleben als das Resultat „einer Auseinandersetzung des Menschlichen im Menschen mit dem Krankhaften in ihm“ (Frankl 1987, 254). Denn die vitale Baisse verursacht ein Insuffizienzgefühl, da der Erkrankte erlebt, wie er das, was er soll, nicht mehr kann. Dieses Insuffizienz erleben löst Schuldgefühle aus, führt zu Selbstvorwürfen. Dies kann sich zu einer Wertblindheit sich selber gegenüber steigern, die später auch die Umwelt ergreifen wird. Der Depressive erlebt sich als wertlos und das Leben als sinnlos.

Auch im Bereich der **Neurowissenschaften** und der Biochemie werden neue Erkenntnisse gewonnen, 1905 wurde beispielsweise die Transmittertheorie formuliert. Von nun an geht die Weiterentwicklung rasant vorwärts.

Die ersten Antidepressiva kamen anfangs der 50er Jahre auf, übrigens durch einen Zufall: Bei einer Gruppe von Patienten, die an Tuberkulose erkrankt waren, fiel auf, dass sich unter einer neuen Medikation zwar nicht deren Erkrankung verbesserte, aber deren Stimmung. 1954 wurde die Hypothese formuliert, dass Serotonin einen Einfluss auf das Gefühlsleben haben könnte. Zahlreiche Forschungsarbeiten werden unternommen, gefolgt von der Entwicklung verschiedener Medikamentengruppen; auch die antimanische Wirkung von

Lithium wird wieder entdeckt. Zu den neuen Behandlungsmethoden gehören Schlafkuren (mit Somnifen), bei den therapieresistenten Depressionen die Elektroschockbehandlungen und etwas später die Infusionsbehandlungen.

Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen gehören Depression und Manie zur Gruppe der affektiven Störungen, die durch die Nennung spezifischer Symptome beschrieben und unterteilt wird. Der Begriff Melancholie wird nur noch bei der schweren depressiven Episode erwähnt, somit ist er weitgehend aus dem klinischen Alltag verschwunden.

Auf unserer Reise durch die Geschichte sind wir in der **Gegenwart** angekommen.

Die Depression ist heute eine sehr häufige Krankheit, es wird davon ausgegangen, dass etwa 5% der Gesamtbevölkerung derzeit an einer Depression leidet.

Neue Forschungsergebnisse zeigen auf, dass psychische Erlebnisse sich auf neurobiologische Prozesse auswirken. Beispielsweise wurden bei Depressionen erhöhte Cortisol-Werte gefunden, und man weiß, dass die Cortisolausschüttung eine Reaktion des Gehirns auf Stresserfahrungen ist. Dies sind relevante Zusammenhänge, die einen Einfluss auf die Behandlungsmethoden haben. Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung von Depressionen zeigen, dass eine Kombination von Psychotherapie und antidepressiver Medikation die besten Resultate erzielen, deutlich besser als die Medikation alleine.

Zur Depression haben wir heute einen reichen Wissens- und Erfahrungsschatz. Er ermöglicht uns ein vorurteilsfreies Annehmen der Depression als einer Seinsweise des Menschen. Bei ihrer Behandlung ist es äußerst wichtig, alle Dimensionen des Menschseins zu berücksichtigen und einzubeziehen.

Literatur

- Ackerknecht E (1985) Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: Ferdinand Enke
- Aristoteles (1991) *Problemata Physica*. Berlin: Akademie Verlag
- Bunge G (1989) *Akedia. Die geistliche Lehre des Evagrius Pontikos vom Überdruß*. Köln: Luth-Verlag
- Burton R (2001) *Die Anatomie der Melancholie*. Frankfurt/Main: Dietrich'sche Verlagsbuchhandlung
- Flashar H (1966) *Melancholie und Melancholiker in den medizinischen Theorien der Antike*. Berlin: Walter de Gruyter
- Frankl V (1987) *Ärztliche Seelsorge*. Frankfurt: Fischer
- Freud S (1975) *Psychologie des Unbewussten, Band III*. Frankfurt: Fischer
- Hell D (2002) *Die Sprache der Seele verstehen*. Freiburg: Herder
- Klibansky R, Panofsky E, Saxl F (1990) *Saturn und Melancholie*. Frankfurt: Suhrkamp
- Kraepelin E (1920) *Psychiatrie*. Leipzig: Johann A. Barth
- Soloman A (2001) *Saturns Schatten*. Frankfurt: Fischer
- Starobinski J *Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900*. Basel: Documenta Geigy
- Yovell Y (2004) *Der Feind in meinem Zimmer*. München: Goldmann

*Anschrift der Verfasserin:
lic.phil. Brigitte Heitger-Giger
Mezenerweg 12
CH – 3013 Bern
brigitte.heitger@bluewin.ch*

„Aus dem Leben fallen“

Eine Einstimmung ins Tagungsthema

Lilo Tutsch

*Wenn niederer Himmel schwer wie Deckels Last
Den Geist erdrückt, den lang Verdruß befißt,
Des Horizontes ganzen Kreis umfaßt
Und Tag noch schwärzer als die Nacht erbricht;...
(Charles Baudelaire)*

Der Vortrag will das Erleben in der Depression fühlbar werden lassen. Dazu werden Textstellen aus der Literatur hinzugenommen, die geeignet scheinen das Erleben zu veranschaulichen. Es ist nicht das Anliegen dieses Textes, Schriftsteller in ihren Depressionen oder depressiven Empfindungen zu zeigen oder gar zu analysieren, wenngleich es sich bei der Mehrheit der Autoren durchaus um den künstlerischen Ausdruck depressiver Welt- und Selbstsicht handelt und eben gerade Künstler in unvergleichlicher Weise die Gabe besitzen, in „ihrer“ Depression der Tiefe des Erlebens Ausdruck zu verleihen und dieses in die Existenz hinein zu gebären.

*Die Wolken niedrig und flach wie ein Deckel senken
sich auf den Geist.
(Charles Baudelaire)*

Eingeschraubt der Kopf und eingeschränkt das Denken. Von quälenden Gedanken angefallen, denkt es nach innen, dickflüssig grübelnd abwärts in eine undurchdringbare Leere ohne Tiefe, eingekreist der Inhalt, der sich dem Denken gibt ohne Ende immer wieder bis alle Gedanken sich verknoten. Rückzug bis hinein ins Wort.

Die Mühsal des Lebens entspringt der Kraftlosigkeit und dem körperlichen Krankheitsgefühl. Träge alle Körperfunktionen. Lastende Schwere in jeder Muskelfaser, blutleer die Adern, Bedrückung auf der Brust, korsetthaft die Hornhaut des nicht Gelebten, die den Atem nimmt. Verstopft bis in die Poren, aufgequollen ohne Inhalt und doch verdorrt bis in die Knochen.

Nichts funktioniert von selbst – alles ist erst noch zu leisten. Schwere Müdigkeit – doch der Schlaf als Ausweg ist verwehrt:

... jene ... Müdigkeit, (die sich auswirkt) in einer Lähmung, aus der heraus in der Regel nicht einmal ein Krümmen des kleinen Fingers ja kaum ein Wimpernzucken möglich war, selbst das Atmen schien ins Stocken geraten, so daß man sich erstarrt bis ins Innerste fühlte ... und wenn doch einmal der Schritt ins Bett geschafft wurde, dann kam es, nach einem schnellen, ohnmachtsähnlichen Wegschlafen – ohne Empfindung von Schlaf – beim ersten Umdrehen zum Aufwachen

hinein in die Schlaflosigkeit ... sodaß er Dasein, beim besten Willen, nur noch als Unglück, jedes Handeln als sinnlos, jede Liebe als lächerlich sehen kann ... (Daliegen) bis hinein ins Fahllicht des Morgengrauens das ihm Verdammnis bedeutet ... Die ersten Vögel noch in der Finsternis – wie österlich sonst oft – wie hohnvoll aber nun hereinschrillend – „wieder-eine-Nacht-ohne-Schlaf“. Das Schlagen der Kirchturmuhren jede Viertelstunde gut vernehmbar auch die entferntesten, als Ankünder wieder eines üblen Tages.

(Peter Handke)

Unbezwingbar mächtig droht das Müssen aus dem Tag herein und wirft seine Schlagschatten zurück ins Innere: Die Schuld, die Unfähigkeit, die Minderwertigkeit – sie sprechen aus, was dumpf und quälend im Gefühl:

du bist zu schwach, zu schlecht, zu dumm, nichts wert, bist eine Last, hast alles falsch gemacht, was andere können kannst du nicht.

Jeden Morgen Furcht vor dem kommenden Tag, vor jeder Art von Forderung, die an einen gestellt wird. Jeden Gegenstand, den man berühren muß, voll Abneigung und Feindseligkeit wissen, jeden Handgriff in der Gewissheit tun, daß er falsch gerät. Zu nichts eine Liebe aufbringen, kein Zutrauen zu irgendeiner Leistung, weil man das einzige noch nie zu leisten imstande war, dies, sich so zu verändern, daß man geliebt würde.

(Christine Lavant)

Der Tag kriecht rückwärts. Morgenfrische lässt erst der Abend ahnen. Das Müssen hockt ihm schwer im Nacken. Albenhafter Druck, der allem zur Last wird, dem Willen, dem Gefühl, der Lust wie dem Verlangen, sogar dem Wunsch, treibt in beständiges, nicht zur Lebendigkeit des Handelns kommendes Hinbrüten zwischen müssen und nicht können. Sitzen, quälen, schämen, nichten, nichts schließt sich auf, nichts kann entschieden werden.

In unüberwindbare Grenzen eingeschlossen wird jeder Ort zur Qual.

Ruhelos erfolgt der Stillstand – ein Angebot zuerst das Leben neu zu denken – doch kommt die Botschaft meist zu spät, schon ausgeschlossen aus der Welt und aus sich selbst, steht alles still: es ist zu spät, nie wieder wird es besser sein.

Leblos mitten im Leben – außerhalb des Lebenslaufes –

VORTRAG

wird Ewigkeit zur Endlosigkeit.

*Restlos mir selbst entglitten
ohne die Hoffnung, je
mich in der Welt,
die Welt in mir
zu retten.
(Ernst Kostal)*

Nur das Gefühl der Gefühllosigkeit bewirkt Verzweiflung noch in ihm.

*Soviel Erloschenes, soviel Verödetes
nichts
spricht mehr aus mir ...
(Ernst Kostal)*

Jetzt droht das Scheitern. Alles scheint vergeblich, sinnlos, nichtig, nicht geglückt. Zweifel am eigenen Wert werden zur Gewissheit und schütten die letzte Kraft in die Selbstvernichtung. *Ganz in der Tiefe Seinsschuld, aus der Gewissheit, dass man im Grunde nie erfüllen kann was der Anspruch je verlangt (Christian et al.)*. Solch eine Schuld ist nicht zu tilgen, so jemand ist dem Untergang geweiht.

Das Unmögliche zu leisten, sich nichts zu nehmen, nichts zu gönnen, Zuspruch zu entkräften, Lob zu verwerfen, Anerkennung zu misstrauen, ist ein Versuch die Schuld zu tilgen, nur so wird ihm vielleicht verziehen.

Ein letztes Klammern an Vergangenes – ans „Damals“, aus dem kein Weg in eine Zukunft führt. Doch bleibt ihm auch Vergangenes nicht als ein „Gut“ bewahrt: Das „hätt´ ich doch“ entfacht ein Sehnen nach verlorenen Möglichkeiten, führt in ein rückwärts wünschen. *Vergangenheit nur als Vacatwucherung einer entleerten Gegenwart (Tellenbach)*.

Ein Bettler vor der Tür zum Leben, zuerst noch bittend, dann schon resigniert, dann dumpf nur wartend weil ihn nichts mehr rührt.

Die Welt der Anderen, sie rückt in unerreichbare Ferne, steht strahlend sonnig provokant vor ihm. Ein Hohn, denn diese Welt – sie ist ihm nicht zuteil, nie wieder wird sie seine sein. Nur was er schuldig blieb verbindet ihn mit ihr.

Die eigene Welt ist stumpf und grau. Nichts interessiert, ein jeder Schritt führt abwärts. Was je begonnen geht zugrunde. In dieses Nichts zerrinnt das Leben. Es lässt ihn fragen, ob Selbstmord nicht Erlösung ist.

*Aus Schattenreichen sogst Du
einst die Kraft
den Tod im Sein
das Sein im Tod zu leben.
(Ernst Kostal)*

Und doch – ein letzter Schrei der Hoffnung – das Sein im Tod zu **leben!** Nicht nur ein Sehnen nach Ruhe, *nicht nur die Hoffnung, dass die Schuld über ein Dasein dessen Geburt er*

als Unglück erlebt und dessen Leben für alle Mühe bedeutet damit getilgt ist? Nicht nur ein Schenken des Segens des Vergessens an die die man liebt? (Georg Heym) Nicht nur Erlösung von der Qual, sondern auch Hoffnung auf Leben?

*Du pflügst
mein Totsein um
und senkst
frische Saat
in die Furchen
(Ernst Kostal)*

Literatur

- Baudelaire C (1976) Die Blumen des Bösen. Frankfurt am Main: Insel
Christian P, Heinrich K, Perrez M, Revers WJ, Tellenbach H, Wyss D (1983) Schwermut. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 2, 31, Freiburg, München: Karl Alber
Flaubert G zitiert in: Lambrecht R (1994) Melancholie. Reinbeck: Rowohlt
Handke P (1989) Versuch über die Müdigkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp
Heym G (1989) Der Tod der Liebenden. In: Willemsen R: Der Selbstmord. München: dtv
Kostal E (1981) Zeit-Hemissphären. Gedichte. Baden bei Wien: G. Grasl
Lavant Ch (2002) Aufzeichnungen aus einem Irrenhaus. Salzburg, Wien: Otto Müller, 3^o
Tellenbach H (1987) Psychiatrie als geistige Medizin. München: Verlag für angewandte Wissenschaften

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Lilo Tutsch
Einwanggasse 23/11
1150 Wien
lilo.tutsch@existenzanalyse.org*

In ihrem Beitrag zeigt die Leiterin des Therapeutikums der Plastischule am Goetheanum in Dornach (CH) anhand einiger beispielhafter Bilder auf, wie sich die Auseinandersetzung und Bewältigung des Depressiven in den Werken Ferdinand Hodlers und Eduard Munchs erahnen lässt.

Die Macht der Nacht

Elke Dominik

Das Thema, das uns bei der folgenden Betrachtung einiger Bilder leitet, ist die Darstellung des Dunkels, der Schatten und der Nacht.

Grundsätzlich gilt, wo ein Schatten ist, muss auch Licht sein. Es zeigt sich in den Darstellungen der Künstler ein Unterschied zwischen den Schatten draußen - den optischen - und den Schatten aus der eigenen Seele, ebenso dem Licht im eigenen Innen im Unterschied und Gegensatz zum Licht draußen.

Wir können davon ausgehen, dass jeder Mensch sein *eigenes* Dunkel hat, sein *eigenes* Licht. Jeder hat seine individuelle Dunkelbegegnung und Dunkelerfahrung, die ihn sogar als Krankheitsgeschehen überwältigen kann. Die verschiedensten Dunkelbereiche stellen sich uns als Forderung, durch sie erlebend, erfahrend hindurch zu gehen - selbst in unserer Zeit bleibt dies eine der aktuellen Aufgaben und Prüfungen des Lebens. Wie gehen Künstler mit dieser Herausforderung um, nonverbal, mit Farbe, mit Gestaltung? Einige der Künstler des so genannten Expressionismus haben solche Stationen durchschritten und in ihren Bildern eindruckliche Auseinandersetzungen gestaltet.

Für den Beitrag hier am Kongress in Bern habe ich zwei Maler ausgewählt: den Berner Ferdinand Hodler und den Norweger Eduard Munch.

Der Maler Ferdinand Hodler hat schon in der Kindheit eindruckliche Begegnungen mit dem Tod. Er bringt als 14-jähriger seine auf dem Feld gestorbene Mutter mit dem Schubkarren nach Hause. In einem gewaltigen Bildfries „Die Nacht“ schafft er im Zentrum eine mächtige Dunkelballung, wie einen Berg, die ihn im Schlaf bedroht und erschreckt. Der „dunkle Genius“ wie er ihn selbst nennt, der Tod, begleitet ihn durch das ganze Leben.



Abb.1: Ferdinand Hodler: „Die Nacht“



Abb.2: Ferdinand Hodler: „Wilhelm Tell“

Doch entstehen bei Hodler durch seine starken inneren Energien der Bewältigung, die etwas von der Kraft des Urgesteins haben und sich bildhaft als „Lichtenergien“ zeigen, Gestaltungen wie beispielsweise der „Tell“: Frische Schöpfung entspringt aus der Gewalt der Auseinandersetzung, stärkste Ich-Intension in der Kraft

der Linie, bewusste Wachheit – Sieg. Durch dramatisch aufsteigende Spannungsdiagonalen den Raum nach hinten aufreißend, eröffnet Hodler so etwas wie einen freien Blick in die Ewigkeit.

Dagegen Eduard Munch: Er erlebt den Durchgang durch die Dunkeltiefen des menschlichen Innern indem sich ihm Seelenabgründe eröffnen, mit denen er sich ein Leben lang ringend auseinandersetzt. Er erlebt ebenso intensiv das elementare Hell-Dunkel der nördlichen Natur, wie den Kampf von Hell-Dunkelkräften im Menschen-Innern.

Sein berühmtes Bild, „Der Schrei“ ist künstlerisch ein Durchbruch, ein Ereignis in der Biografie seiner Bilder. Er realisiert in freien Linien und Linienbewegungen, die



Abb.3: Eduard Munch: „Der Schrei“

VORTRAG

im dramatischen Finale zueinander die Seele in jene Schwingungen bringen, die uns heute noch treffen, ein geheimnisvolles Geschehen: Landschaft wird Seelenlandschaft, Bild innerer Vorgänge, Schicksalsort.

Munch erlebt die Schatten nicht als Gegenstandsschatten, sondern als Bedrohungen. Dunkel wird dämonisch-wesenhaft. Solche Schatten steigen auf in der Begegnung mit andern



Abb.4: Eduard Munch: „Vampir“

Menschen, die ihm schmerzliche Erfahrungen sind.

„Der Kuss“ heißt für ihn eintauchen in einen Dunkelraum, in dem er sich selbst verliert. Dort wird es zu einer Begegnung mit dem Tier „Vampir“, dort ist es auch das Erwachen für die Begegnung mit den Dunkelzonen der Schicksalsignatur.



Abb.5: Eduard Munch: „Mondschein“

Das Bild „Mondschein“ lässt eine unentrinnbare Fixierung im Nacht-Raum durch eine bannend-eherne Prägung einer markanten Hell-Dunkelsetzung spürbar werden.

Oder wachsende Angst im Bildgeschehen „Pubertät“.

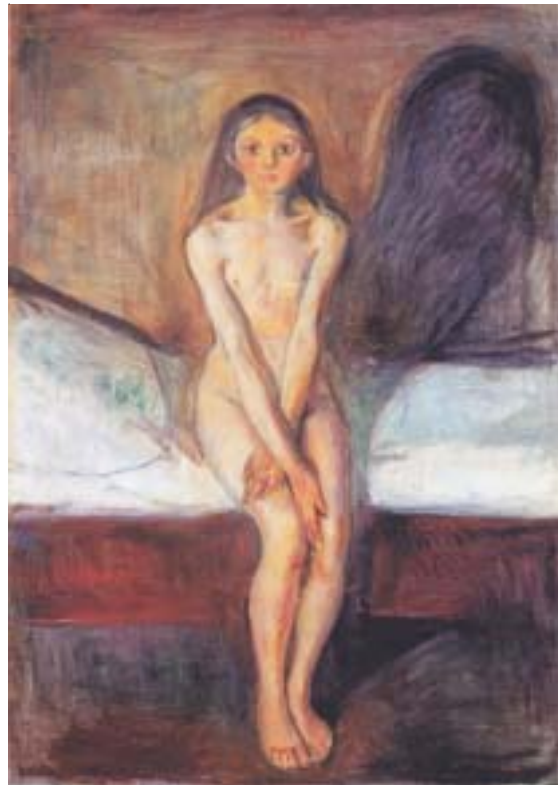


Abb.6: Eduard Munch: „Pubertät“

Im Werk von Munch wird als Zeitforderung die Verwandlung des Dunkels greifbar. In einem gewaltigen Akt der Befreiung, der Überwindung, entstehen bei Munch die so genannten „Sonnenbilder“: Sonnenkraft in lichtester Helligkeit, „Weisheit“ als kraftvolles Bildzentrum zeigen eine Öffnung in einen fernen Raum, in welchem Quelle und Ausstrahlung eins sind.



Abb.7: Eduard Munch: „Sonne“

Der Weg dieser Künstler führt auch uns zur Frage: Wie können wir die innern Lichtkräfte stärken, um die notwendigen Dunkeldurchgänge zu bewältigen? Als Zielbilder können Hodlers „Tell“ und Munchs „Sonne“ vor uns stehen!

*Anschrift der Verfasserin:
Elke Dominik
Dorneckstr. 64
CH-4143 Dornach*

Eine literarische Falldarstellung aus dem Emmental

Gotthelfs Roman „Anne Bäbi Jowäger oder wie Anne Bäbi haus-
haltet und wie es ihm mit dem Doktern geht.“

Rodolphe Leuenberger

Es wird dargestellt wie ein Berner Dichterpfarrer, Jeremias Gotthelf, vor über 160 Jahren in seiner Dichtkunst einfühlsam und sprachgewaltig psychopathologische Entwicklungen, insbesondere diejenigen unterschiedlicher Depressionsformen bei drei verschiedenen Romanfiguren mit je unterschiedlichen personalen Konfigurationen, veranschaulicht, und uns damit Krankheitsbilder vor Augen führt, welche die Psychologie und Psychiatrie erst viel später diagnostisch erfasst hat. Er hat ihren phänomenologischen Gehalt in grossartigen Sprachbildern sichtbar gemacht.

Schlüsselwörter: *Depression, lit. Falldarstellung*

The article shows how a poet and minister from Bern, Jeremias Gotthelf, depicted psychopathologic developments with empathy and linguistic power, in particular those of various forms of depression in three of his literary characters within their individual personal configurations. He puts before our eyes pathologies that were only much later diagnostically defined in psychology and psychiatry. At the same time he illustrates their phenomenological content in magnificent metaphors.

Key words: *Depression, literally case study*

Einleitung

Zum Abschluss des Kongresses soll der bekannteste Berner Dichter vorgestellt werden: **Jeremias Gotthelf**. Damit wird auch ein kleiner Beitrag zu seinem 150. Todesgedenkjahr geleistet, ein internationaler Kongress zu Ehren des Dichterpfarrers wird im Herbst in Bern stattfinden.

Zur Einstimmung stelle ich Ihnen die Kurzbeurteilungen von vier bekannten Schriftstellerkollegen vor:

Gottfried Keller bekannte: *„Gotthelf war ohne Ausnahme das grösste epische Talent, welches seit langer Zeit und vielleicht für lange Zeit lebte.“*

Hermann Hesse äusserte sich so: *„Es hilft nichts, man kann sich um Gotthelf nicht drücken.“*

Robert Walsers Worte waren: *„Wie viel Nobelpreisbegränzte werden schon lange vergessen sein, wenn Jeremias Gotthelf noch in aller Gemütlichkeit fortexistiert.“*

Und die Thomas-Mann-Kurzfassung lautet: *„Dieses grossartige, alles sprengende Literarische Phänomen.“*

Kurzbiografie

Das Biografische möchte ich nur kurz streifen: Geboren wurde Gotthelf als Pfarrerssohn 1797 in Murten, mit acht Jah-

ren kam er nach Utzenstorf im Berner Mittelland, wo er als Kind schon ins bäuerliche Leben und Handeln einwuchs und alles Vieh selbst besorgte. So vereinigte Gotthelf später städtische Pfarrhausbildung mit bäuerlichem Wissen und Handeln. Er studierte Theologie, diente viele Jahre an verschiedenen Stellen als Vikar und wurde schließlich 1832 in Lützelflüh im Emmental als Pfarrer gewählt, wo er bis zu seinem Tode 1854 seine Bauerngemeinde als verstehender Seelsorger in allen existentiellen Nöten und auch Freuden begleitete.

Hier schrieb er auch seine Romane und Erzählungen. Es sind großartige Epen bernischen Volkstums, die aus volks-erzieherischen Impulsen entstanden sind, ohne literarisch-ästhetische Absicht, sondern vielmehr christlich-ethisch begründet. Es ist keine geschliffene, wohlproportionierte Sprache, sie strömt urtümlich daher wie ein Bergbach, getrieben vom Eifer, höchste sittliche Werte zu vermitteln. Dabei stellen sich dem Leser oft auch erschwerend die unerwarteten, unmittelbaren Zuflüsse von alten, heute nicht mehr gebräuchlichen Berner-Mundartbrocken oder gar ganzen Mundartdialogen in den Weg, die öfter den Gebrauch eines Wörterbuches notwendig machen. Was ich bildlich als Daherströmen der Sprache bezeichne, findet seine Bestätigung in Aussprüchen Gotthelfs, in denen er bekennt, dass das Schreiben über ihn

komme, er nicht Herr seines Erzählens sei, und was vor allem auch Friedrich Dürrenmatt imponiert haben soll: es findet sich in Gotthelfs Handschriften sehr selten ein gestrichenes Wort, auf 500 Seiten nicht einmal drei Dutzend ... Der große Sprachwissenschaftler des 19. Jahrhunderts, Jacob Grimm, äußerte, Gotthelf kämen „*an sprachgewalt und ein-druck in der lesewelt heute wenig andere gleich.*“

Nun zu Anne Bäbi Jowäger: Der Referent wählte die Vorstellung dieses Romans im Kontext zum Kongressthema, weil ihm bei der Lektüre desselben vor Jahren die eindruckliche Schilderung von verschiedenen Depressionsentwicklungen und – Formen in lebhafter Erinnerung geblieben ist und darauf wurde zurückgegriffen, als die Anfrage erfolgte etwas zu diesem Thema zu präsentieren.

Entstehungsgeschichte des Romans

Und welches war die Motivation bei Gotthelf, diesen Roman zu schreiben? Das verhielt sich folgendermaßen: Der Berner Regierungsrat beauftragte die Sanitätsdirektion im Jahre 1842 in einer populären Schrift das Volk vor den Gefahren, die von medizinischen Kurpfuschern oder Quacksalbern drohte, zu warnen. Man wandte sich an Gotthelf; er zögerte, aber schließlich entstand nicht nur eine handliche trocken-belehrende kurzgefasste Warnschrift, sondern ein über 800 Seiten starker Erziehungsroman, das Anne Bäbi Jowäger.

Wir folgen nun in mehr oder weniger langen Schritten der Handlung, die uns zu vier verschiedenen depressiven Episoden führt, bei denen wir jeweils etwas verweilen wollen.

Einstieg in die Handlung

Die Bauersleute Anne Bäbi und Hansli heiraten in bereits vorgerücktem Alter, es ist eine Zweckheirat; ihnen wird ein Sohn geboren, Jakobli, das Ein und Alles seiner Mutter, Ihr Besitz, über ihn wird verfügt und: ein begabteres schöneres und manierlicheres Kind ward nie gesehen. Zur erweiterten Familie gehören dazu eine Magd, Mädi, und ein Knecht, Sami.

Die häusliche Grundstimmung wird im Roman einmal so charakterisiert: „*Hansli Jakobli Jowägers Haus war eins von den sehr vielen, wo es ist, als ob immer die gleiche trübe Wolke auf ihnen sich lagere, die Sonne nie recht durchscheinen möge. Sie hatten von allem mehr als genug, hatten keinen eigentlichen Streit, nicht Unfrieden, kein Laster, und doch fehlte das rechte Lebensglück, fehlte fröhliche Heiterkeit, liebliche Freundlichkeit. Das Weibervolk war reizbar und voll Kifel (das heißt Gezänk), das Mannevolk schweigsam und nahm das Weibervolk kaltblütig; daher ward wenig gelacht, alles ging seinen Trab, über Tisch ward wenig gesprochen, und wenn es nur nicht donnerte und blitzte, so war man froh und misste nichts, denn man war es so gewohnt, nahm Sauersehen für Freundlichkeit.*“

Dies also das für Depressionen fruchtbare Erdreich!

Jakobli wird krank, wir finden eine blumig-präzise Darstellung einer Pockenerkrankung, die nur ein knappes Über-

leben mit Erblinden eines Auges gewährt.

Erste Depression

Für Anne Bäbi bricht eine Welt zusammen, ihr schönes Kind verunstaltet, nicht mehr präsentabel, und daran hatte sie ihren Teil, denn erstens ließ sie es nicht gegen Pocken impfen (ich erinnere daran, dass ein Jahr vor Gotthelfs Geburt, 1796, der Engländer Edward Jenner die erste Kuhpockenimpfung durchführte, welche gegen die menschlichen Pocken eine Immunität ermöglichte), und zweitens schlug sie die Anweisungen des viel zu spät beigezogenen Arztes in den Wind, das heißt sie ließ die pflegende Magd Mädi nach deren wechselnden therapeutischen Überzeugungen weiterpfuschen. Anne Bäbi ist in Frage gestellt, muss sich Kritik gefallen lassen, ihre narzisstisch-selbstgefällige Herrschernatur ist erschüttert, ihr Selbst ist bedroht und im Text heißt es: „*es kam in ein Leid, welches ihm fast das Herz zerreißen wollte.*“

Wir stehen vor der ersten depressiven Episode mit suizidalen Gedanken; der alte Gemeindepfarrer, der den rekonvaleszenten Jakobli besuchen kommt, erkennt den bedenklichen Zustand von Anne Bäbi, das bekennt: „*Ich muss sagen, ich weiß manchmal nicht, wo ich sein will, und es ist mir schon manchmal Angst geworden ich mache was Lätzes*“ (dies ist der Berner-Ausdruck für Suizid). Und später sagt es noch: „*Ja Herr Pfarrer, es weiß kein Mensch, was es ihm geben kann, und ich hätte es keinem Menschen geglaubt, wenn er mir gesagt hätte, dass ich mir einst vorkommen sollte nicht viel besser als ein Mörder und längs Stück nicht wüsste was besser, Feierabend mache eine schöne Glungge oder ein batzig Hälsig.*“ Das heißt dem Leben ein Ende machen mittels sich ertränken in einem Teich oder sich erhängen mit einem billigen Strick.

Geschickt, mit christlicher Milde, aber auch konsequenten Argumentationen vermittelt der Seelsorger Anne Bäbi einen Halt im Annehmen des Unabänderlichen und meint schließlich: „*Denket daran, ob die Krankheit Euch nicht in ein besseres Verhältnis zu Jakobli gebracht hat, ob Ihr ihn jetzt vielleicht nicht viel besser liebet, und ob sie Euch nicht ein Fingerzeig ist, ihn nicht zu plagen; denn man plaget die Leute vielleicht ebenso oft aus Liebe, als aus Hass.*“ Damit ist wieder deutlich das narzisstisch herrschende, overprotective Verhalten Anne Babis gegenüber Jakobli angesprochen.

Der Roman richtet sich nicht nur gegen ärztliche Kurpfuscherei

Anmerken möchte ich hier, dass Jeremias Gotthelf nicht nur dem Regierungsauftrag gemäß gegen die medizinische Kurpfuscherei und zu Gunsten der rechtlichen, soliden und offiziellen Berufsärzte seinen Roman benützte, sondern er hat auch die Gelegenheit benützt, um die geistliche Kurpfuscherei an den Pranger zu stellen. Der Protagonist dieser Kurpfuscherei ist nämlich der Vikar, der den alten Pfarrherrn in den Amtsgeschäften entlastet; er hört am Mittagstisch, wie sein

Lehrmeister Anne Bäbi und dessen Familie getröstet habe. Erbittert verlässt er den Mittagstisch und schreibt sich seinen tiefsten Ärger in einem Brief an seinen Freund von der Seele, und da kommen Sätze vor wie: *„Vom rechten Fundament der Christen hat dieser Pfarrer keinen Begriff; es ist schrecklich und ich danke Gott alle Tage, dass diese Rasse immer seltener wird. Heute hätte er die herrlichste Gelegenheit gehabt, eine Seele zu zerknirschen und sie Jesu zu gewinnen. Und was macht er? Er geht und tröstet sie.“*

Diese „Zerknirschungstheologie“ eines pietistischen Fundamentalisten (es gibt sie übrigens heute noch) wird später im Roman bei Anne Bäbi zu einer schweren Depression mit zwei Suizidversuchen beitragen.

Zweite Depression

Aber eine vorerst weniger einschneidende Depression treibt die Handlung im Roman weiter: Einfühlsam beschreibt Gotthelf wie Jakobli in eine Art Erschöpfungsdepression versinkt, was nach einer so heftigen langen und zehrenden, fast tödlichen Infektionskrankheit mit Defektheilung gut nachvollziehbar ist, zumal ihm seine Mutter in der Rekonvaleszenzphase wegen ihrer Depression keinen Halt geben konnte.

Dieser Depressionszustand wird so beschrieben: *„Jakobli war eben nicht krank, aber matt, ward müde im Augenblick, und eine gewisse Gleichgültigkeit in seinem ganzen Wesen machte Anne Bäbi am meisten Angst. Er wollte an nichts recht Freude haben, und alles war im recht.“* Es wird weiter geschildert wie er alle Geschenke, mit denen seine Mutter ihn aufheitern wollte, weglegte und sie nie mehr ansah, dass er kaum mehr drei Bissen zu sich nahm, wie sehr sich Anne Bäbi bemühte ihn bäuerlich-gastronomisch zu verwöhnen.

Es kommt immer schlimmer, Anne Bäbi hat nichts gelernt, erneut missachtet es die Verordnungen und Ratschläge des wegen dieser Folgekrankheit konsultierten Arztes, Kurpfuscher haben erneut das Sagen, verkaufen munter immer stärker wirkende Abführmittel, selbstverständlich ohne je den Patienten gesehen zu haben, und Jakobli wird immer schwächer und elender.

Eine Wirtin kennt das Zaubermittel: „Wybe“, das heißt heiraten, das habe schon vielen Männern geholfen.

Narzissmus auf dem Lande

Nun legt sich Anne Bäbi ins Zeug und findet die robusteste und vermeintlich reichste Wunschschwiegertochter, das Zyberlihoger Lisi; diese Geschichte einer Brautwerbung, die ausschließlich zur Festigung und Vermehrung ihres Ansehens und Besitzes betrieben wird, lohnt ein kurzes Verweilen, weil dabei die narzisstische Persönlichkeit von Anne Bäbi eindrücklich herauskristallisiert wird. Erstens das völlige Übergehen ihres Sohnes, das Nichtbeachten seiner Wünsche oder Bedürfnisse, und zweitens ein grotesker Mangel an Selbstkritik, denn nie wird sie zugeben, dass sie von dieser Schwiegertochter in spe voll reingelegt worden wäre (verlangt diese doch in einem Ehevertrag, dass beim Ableben von Jakobli,

mit dem sie bei dem sichtlichen Verfall seiner Gesundheit voll rechnet, die Schwiegereltern Haus und Hof an sie abtreten). Ja, je mehr von außen Kritik und Warnungen laut werden, desto mehr ist Anne Bäbi überzeugt, dass man ihm diesen Glücksfall nicht gönnen möge. Und der Herrschertrieb wird umso stärker je mehr sich Jakobli gegen diese Ehe sträubt. Alle stichhaltigen Gründe seiner Abneigung gegen das grobe und gefühllose Lisi und deren betrügerischen Anhang werden von der Mutter zusammenfassend mit folgender Entwertung des Sohnes kommentiert: *„Was sollte sich e sellige, wie du bist darauf verstehen. So komme mir nicht.“* Und hier nur ein Beispiel von den vielen humorigen Kommentaren von Gotthelf: *„So hatte Jakobli all sein Pulver verschossen und rein umsonst. Wie man Schuss auf Schuss auf ein Rhinoceros schießen kann und noch mit groben Kugeln und es gibt nicht einmal ein Dümpfi (das ist ein Wort für eine Delle) in die Haut, so hatte Jakobli alle seine Schüsse abgefeuert und kein einzig Dümpfi gemacht in Anne Babis Entschluss.“*

Jakobli bleibt nur noch die Flucht in noch tiefere Depression, ein Coping, mit psychosomatischen Störungen, Schlafstörungen, Inappetenz, absolute Passivität und schließlich sogar Wahnvorstellungen, und alle Quacksalber, die Anne Bäbi konsultiert, denen sie ja am meisten vertraut, weil sie das Numinose so gut inszenieren können, vermögen nicht zu helfen.

Was aber Anne Bäbi nicht weiß: Jakobli trägt das Bild eines lebenswürdigen armen Mädchens in sich, dem er zufällig begegnet ist, dem er sich in seiner Schüchternheit auch nie erklären konnte, es ist eine Liebesgeschichte von höchster Poesie und Feinfühligkeit, die ich nicht darstellend zu berühren wage, es wäre gleich dem Berühren eines Schmetterlings, er verliert darob seine Schönheit, dieses Kabinettstück des Dichters lege ich Ihnen zum Selberlesen ans Herz.

Und wie kommt die Mutter zu diesem im innersten Herzen Jakoblis bewahrten Geheimnis? Bei dessen Aufdeckung macht Gotthelf eine Konzession, er verlässt das christliche Weltbild und bedient sich eines magisch-atavistischen Kunstkniffs: Eine Wahrsagerin bringt an den Tag, dass Jakoblis Herz nur für das arme Verdingkind Meyeli schlage, und wenn er's nicht zur Frau bekomme, müsse er sterben und zwar innert einem Jahr. Und nun endlich erwacht Jakobli, kann an seiner Liebe genesen, ermannt sich, wird erwachsen übernimmt selbst Verantwortung für sein Leben und gründet gegen den Widerstand seiner Mutter eine Familie mit seinem Meyeli. Diese ermöglicht durch große Anpassungsfähigkeit und Demut ein einigermaßen zufriedenes ständliches Zusammenleben mit der schwierigen Schwiegermutter. Und noch einmal eine Kostprobe schwiegermütterlicher Machtansprüche, diese zur Belehrung der Schwiegertochter im Umgang mit Ehemann, Schwiegervater und Knecht: *„Lue nume uf mi, wie ich mache, wei si hüst, so wott ih hott, wey si das so wott ih äys u gibe de bim Tüfel nit nah; so geyhts am beste, u de weiß me doch de o, wer Meister ist, u wer z'bifehle het.“* Zu gut deutsch: „Schau nur auf mich, wie ich's mache: wollen sie links, so will ich rechts, wollen sie das, so will ich jenes, und ich gebe dann beim Teufel nicht nach; so geht es am besten, und dann weiß man doch auch, wer Meister ist und wer zu

befehlen hat.“

Dritte Depression

Und nun zurück zum Kongressthema: Das erste Großkind, ein Bublein, wird von Anne Bäbi abgöttisch geliebt, verwöhnt, verhätschelt und verzogen und total abhängig von ihr gemacht. Auch dieses Großkind wird, wie einst ihr eigenes, krank, der Beschreibung nach handelt es sich offensichtlich um Diphtherie; und alles wiederholt sich, kehrt wieder, nichts wurde gelernt, die Kurpfuscher geben ihre Säfte ab, der Arzt wird nicht beigezogen, bis zum bitteren Erstickungstod des Kleinen wird der süße Quacksalbertrank eingelöffelt. Die Reaktionen Anne Babis sind um einiges heftiger als damals bei der Krankheit ihres Sohnes und werden initial so beschrieben: *„Bald war es in stummem Weh befangen, aus welchem plötzlich Töne hervorbrachen, bald einem wilden Geschrei, bald den Ausbrüchen des tiefsten Schmerzes gleich; dann riss es das tote Kind an sich, küsste es, wollte es aufwecken, und wenn es tot blieb, so ergoss es sich in Lästerungen und Redensarten, welche den andren die Haare emportrieben. Umsonst sprachen alle zu ihm, umsonst wollte Meyeli es zu Speis und Trank bereden, beides stiess es von sich, gebärdete sich, als ob mit dem Kinde Himmel, Heil und Seligkeit ihm versunken sei.“* Später folgen Beschreibungen wie: *„Es sass da und nahm sich allem nichts an und hätte nicht gegessen, nicht getrunken, wenn man es ihm nicht aufgenötet; bald brach es in Weinen aus, bald redete es, man wusste nicht was, ob mit sich selbst oder mit dem seligen Bübchen. Des Nachts konnte man es nicht zu Bette bringen, und war es im Bette, so hatte es weder Schlaf noch Ruhe, stand alle Augenblicke wieder auf.“*

Und nun schlägt endlich die Stunde für den frustrierten Vikar, der noch keine einzige bekehrte Seele auf seinem geistlichen Konto verbuchen konnte, er kommt mit seinem Besuch bei Jowägers dem alten Pfarrer zuvor, und lässt seine von Bekehrungssucht erfüllten Worte rücksichtslos auf das wehrlose Anne Bäbi niedergehen; *„Das Kind war Euer Gott, um Eurer Sünde willen musste das Kind leiden und sterben, Eure sündliche Liebe ist Ursache seines Todes. Der Herr wollte Euch die Augen öffnen, wie es einem geht, wenn man sein Herz an Vergängliches hängt.“*

Dann spricht er noch viel von Sünde, Buße, Bekehrung und dem rechten Glauben, den sie nicht habe, ewigem Verlorensein, und seine geistliche Tirade gipfelt schließlich im Vorwurf *„Ja Frau, denket, was Ihr Euch selbst zugezogen habt, denket, vielleicht lebte Euer Kind noch, wenn Ihr bekehrt gewesen, und dass Euch der liebe Gott das Kind hat nehmen müssen, um Euch zu bekehren.“* Und es folgt die Aufforderung: *„Erkennt Gottes Gericht.“*

In Anne Babis eingengtem Bewusstsein bleibt nur noch das Eine haften: Schuld am Tode des Kindes und gerichtet werden und sie wartete auf den Urteilsvollstrecker, verkantete am Tag danach den wiederkehrenden Vikar, der seine Bekehrungsfrüchte ernten wollte, als Gerichtsdieners, der sie abhole; war enttäuscht, dass er nur bete, wieder ging und ihr infolgedessen den Tod nicht gönne.

Was darauf hin geschah, schildert Hansli dem eiligst herbeigerufenen Pfarrer: *„Denket, my Frou, mys Anne Bäbi, het si welle häyche, u wo das nit grate ist, het es si i Hals ghoue, mir hey gmeint, mir chönne ds Blut nit gstelle.“*

Übersetzt heißt das: *„Stellen Sie sich vor, meine Frau, mein Anne Bäbi hat sich erhängen wollen, und als das nicht gelang, hat es sich in den Hals geschnitten, wir haben gemeint, dass wir das Blut nicht mehr stillen können.“*

Therapieansätze in Gotthelfs Roman

Diesmal hat die totale In-Frage-Stellung, die massive Schuldzuweisung durch den Vikar zu einer katastrophalen Aggression gegen sich selbst geführt, nur knapp konnte die Patientin zweimal gerettet werden. Der Pfarrer führt eine vorbildliche Krisenintervention durch und meint schließlich im Gespräch zu Hansli: *„Aber ein Doktor sollte doch herbei. Es fehlt Euer Frau freilich an der Seele, und was ich tun kann, soll nicht fehlen, aber Körper und Seele sind gar in einem engen Zusammenhang; wenn es einem fehlt, so leidet das andere, und manchmal scheint es an dem Körper zu fehlen, aber man muss doch die Seele doktern, wenn der Körper gesund werden will, und manchmal kommt in der Seele die Krankheit zum Vorschein aber man muss sie im Leibe angreifen, dort hat sie ihre Wurzeln, die Seele ist bloss das Fenster, aus dem sie das Gesicht streckt.“* Meiner Ansicht nach hat der Phänomenologe Gotthelf in diesen paar Sätzen sowohl die Lehre der Psychosomatik als auch das spätere Verständnis für die organisch-somatische Ursache seelischer Krankheiten als Grundlage für deren medikamentöse Therapie der Gegenwart vorweggenommen.

Der vom Pfarrer empfohlene Arzt, sein Neffe, wird notfallmäßig beigezogen und vorher von jenem noch ins Bild gesetzt.

Seine ersten Maßnahmen sind so beschrieben: *„Er verbot auf das Strengste, jemand, der nicht zum Hause gehöre, zu Anne Bäbi zu lassen, und wohl zu achten, was es rede, und so wenig als möglich ihm zu widersprechen, wohl aber, wenn es zu reden anfange, seine Gedanken auf unschädliche Dinge zu lenken zu suchen.“* Und weiter steht da: *„Und ehe er fortging, nahm er sie noch alle in eine andere Stube und hielt ihnen eine lange Kapitelten über den Unsinn, einen Kranken zu betrachten wie einen Klotz Holz, der weder höre noch etwas schmöcke (rieche), und nun vor ihm alle seine Umstände und Zustände zu verhandeln, ob er leben oder sterben werde, zu- oder abnehme, geduldig oder ungeduldig sei, oder gar, ob es wohl oder übel gehen werde, wenn er sterben könnte. Vor Gesunden tue man das nicht, warum dann vor Kranken, die unendlich empfindlicher seien und alles schwerer nähmen als die Gesunden; besonders aber in solchen Zuständen wie Anne Bäbi sei, müsse man auf die sorgfältigste Weise jedes unbesonnene Wort meiden, das die noch vorhandene Glut anblasen könnte.“*

Als sich im späteren Verlauf die Aggressionswogen etwas geglättet haben, empfiehlt der existenzanalytisch begabte Arzt, dass man für den weiteren Genesungsprozess versuchen sollte, ihr das zweite Großkind, ein Mädchen, das sie bislang

überhaupt nicht beachtet hatte, und das in der Zwischenzeit von Mädi, der Magd betreut worden war, vorerst wie zufällig zum Halten zu geben, und, wenn die Großmutter sich darauf einlasse, es ihr immer öfter auch zum Hüten zu überlassen.

Der Plan gelingt: Anne Bäbi gewinnt das Kind lieb, umsorgt es, übernimmt Verantwortung, zeigt Hingabe, die Emotionsstarre löst sich auf, das Lebenswerte wird wieder gefühlt, und so gelingt wieder die Eingliederung ins Leben.

Etwas maliziös trägt Gotthelf in diesem Genesungsverlauf aber dem narzisstischen Charakter Anne Babis Rechnung, wenn er mutmaßt: „*Es wäre aber sehr schwer auszumitteln, was Anne Bäbi kuriert, ob nach der Ansicht des Doktors die Liebe zum Kinde oder eine andere Kraft, welche gar nicht in Rechnung gebracht worden, die Eifersucht gegen Mädi.*“

Vierte Depression

Zum Abschluss verdient noch ein Nebenschauplatz der Depression unsere Aufmerksamkeit: Der sich aufopfernde junge Arzt erlebt eine Erschöpfungsdepression, die man auf Grund des Textes heute sehr gut als Burnout verstehen kann mit Gefühlen der fehlenden Anerkennung, der beruflichen Insuffizienz und auch zynische Bemerkungen zu seiner ärztlichen Tätigkeit fehlen nicht, Gotthelf beschreibt dies so: „*Diese düstere Stimmung trat immer mehr hervor bei ihm. Es war ein gewisses Sattsein des Lebens, eine eigentümliche Mutlosigkeit, welche sich seiner bemächtigte, ein Verzweifeln an sich, an seiner Kunst, an den Menschen. Alles sei*

eitel und nichts, sagte er, und lohne der Mühe sich nicht; das Höhere, das dem, welches an sich allerdings eitel und nichts ist, Weihe und Wert gibt, das fand er nicht.“

Existenzanalytisch bietet sich die Deutung an, dass dem jungen Arzt der Sinn, die geistige Dimension fehlte, in langen Diskussionen mit dem alten Pfarrer, seinem Onkel, bedauert dieser, dass er sich ausschließlich dem Sinnenfälligen, der Naturwissenschaft verschrieben habe. Er scheiterte an seinem existentiellen Vakuum.

Es ist noch anzufügen, dass eine fünfte Depression beschrieben wird: Der alte Pfarrer schildert wie es seinem verstorbenen Bruder, dem Vater des eben beschriebenen jungen depressiven Arztes, mit seiner Depression ergangen war. Da diese Erkrankung nicht unmittelbar in der Handlung des Romans miterlebbar ist, wurde nicht näher darauf eingegangen.

Literatur

- Gotthelf J (1963) Anne Bäbi Jowäger. Erlenbach, Zürich: Eugen Rentsch
Manuel C (1922) Jeremias Gotthelf, sein Leben und sein Werk. Erlenbach, Zürich: Eugen Rentsch
Juker B (1972) Wörterbuch zu den Werken von Jeremias Gotthelf. Erlenbach, Zürich: Eugen Rentsch
Claus W (1957) Deutsche Literatur. Zürich: Schulthess & Co AG
Rusterholz P (1999) Gotthelfs „Wie Anne Bäbi Jowäger haushaltet und wie es ihm mit dem Doktern geht.“ Historischer Anlass und aktuelle Bedeutung. In: Erzählkunst und Volkserziehung. Tübingen: Niemeyer, 43-54
Schütt J (2004) Der Herr badete gern heiss. In: Weltwoche 13.04., 44-51

*Anschrift des Verfassers:
Rodolphe Leuenberger
Frankenstr. 23
CH – 3018 Bern-Bümpliz*

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-International (GLE-Int.)
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-Österreich (GLE-Ö)
GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in Deutschland e. V. (GLE-D)
INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE SCHWEIZ (IGEAP-CH)

Chefredaktion: Dr. S. Längle
Stellvertretung: Mag. K. Steinert dr.leuenberger@bluewin.ch
Redaktion: C. Klun, Dr. F. Lleras, Dr. Astrid Görtz, G. v. Kirchbach (engl. Übers.)
Landesredakteure: Ö – Mag. U. Reischer; D – Mag. G. Bonnaker-Prinz; CH – Lic. Phil. B. Heitger
Redaktion: Eduard-Sueß-Gasse 10; A - 1150 Wien, Tel.: 01/9859566 Fax 01/9824845
e-mail: gle@existenzanalyse.org
Layout und Satz: Sabine Wutschek
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

„EXISTENZANALYSE“ ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) und erscheint 2x jährlich. Die GLE ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart, der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin, der Martin-Heidegger Gesellschaft e.V. und des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGO). Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten anerkannt. Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder. © by Intern. Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ

Medieninhaber ist zur Gänze die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Eduard-Sueß Gasse 10, A-1150 Wien. Die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse ist ein gemeinnütziger Verein im Sinne der Bundesabgabenordnung. Dem Vorstand gehören folgende Personen an:

Präsident: DDR. Alfred Längle. Stellvertretende Präsidentin: Dr. phil. Liselotte Tutsch. Schriftführerin: lic.phil. Brigitte Heitger. Stellvertretende Schriftführerin: Dr. Silvia Längle. Kassier: Dr. Christian Probst. Stellvertr. Kassier: Dr. Christoph Kolbe.

Grundlegende Richtung: „EXISTENZANALYSE“ ist das offizielle Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Die grundlegende Richtung der „EXISTENZANALYSE“ besteht in der Information der Mitglieder des Vereins über die Wahrnehmung und Förderung ihrer gemeinsamen wissenschaftlichen, beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange durch die Redaktion, den Vorstand der Gesellschaft und der Mitglieder untereinander.

Beschämte Scham bei depressiven Menschen

Daniel Hell

Die depressive Blockade geht oft mit dem Eindruck einher, weniger Wert zu sein. Schamgefühle scheinen diese Selbstinfragestellung noch zu verstärken und dazu beizutragen, dass ein Mensch sich verstecken oder gar aus dem Leben scheiden möchte. Ist deshalb bei suizidalen, depressiven Menschen die Scham zu behandeln oder braucht es einen anderen Umgang mit Scham und anderen unangenehmen Gefühlen? Es wäre falsch, das Schamerleben des Einzelnen in Frage zu stellen. Vielmehr gilt es, das Beschämtwerden durch Drittpersonen und gesellschaftliche Beurteilungen zu hinterfragen.

Schlüsselwörter: Scham, Depression, Fall-darstellung

The depressive blockage is often accompanied by the subjective impression of diminished worth. Feelings of shame seem to promote the process of putting oneself into question and seem to be instrumental in the wish to hide or even to pass away. Is it therefore necessary to deal therapeutically with the shame in suicidal, depressive people or is a different way of dealing with shame and other disagreeable feelings called for? It would be wrong to question the individual experience of shame. Rather, the shaming by third parties or social judgment should be put into question.

Key words: shame, depression, case study

Gesellschaftliche Werte, Scham und Depression

Die spätmoderne Gesellschaft erwartet vom einzelnen Menschen vor allem Autonomie, Flexibilität, Teamfähigkeit und Vernetzung. Gerade diesen Erwartungen können aber depressive Menschen nicht entsprechen. Die depressive Blockade behindert die Anpassungsfähigkeit, macht weniger leistungs- und beziehungsfähig und bedroht die Autonomie.

Um die psychosoziale Dynamik der Depression zu verstehen, ist es hilfreich, das depressive Geschehen mit einem reibungsvollen Bremsmanöver zu vergleichen. Wer depressiv wird, erfährt sich gegen seinen Willen ausgebremsst. Er fühlt sich wie angehalten, zum Stillstehen gezwungen und in seinem Denken, Erinnern, Fühlen und Tun blockiert. Konsequenterweise stellen depressive Menschen erschrocken fest, dass ihnen etwas Grundsätzliches fehlt. Auch greifen sie oft zu Bildern, um ihr verändertes Erleben im Gegensatz zum sonstigen Alltag darzustellen. Depression wird von Patienten beschrieben als eine Art „aufgezwungenes Wüstenerlebnis“ (mitten unter Menschen), eine Form von „dunkler Nacht“ (in hellem Tageslicht), als „Eingefroren-sein“ (umgeben von Wärme) oder als Ausdruck „seelischer Lähmung“ (ohne körperliche Lähmungserscheinungen).

Diese Bilder umfassen Raum und Zeit. Sie zeugen davon,

dass in einer schweren Depression nichts mehr ist, wie es vorher war. Doch geschieht die depressive Erfahrung weder im persönlichen noch im sozialen Vakuum. Sie spielt sich auch nicht als isoliertes Ereignis neuronaler Vorgänge im Gehirn ab. Vielmehr zeugt die depressive Erfahrung davon, wie sehr sich ein Mensch in Diskrepanz zu seiner Umwelt und zu seinen sozialisierten Selbstvorstellungen wahr nimmt. Denn es gäbe kein so schmerzhaftes depressives Leiden, wenn die Erfahrung der Herabgestimmtheit und Ermüdung nicht im krassen Kontrast zu den eigenen und fremden Erwartungen stünde.

Wenn aber ein Mensch soziale Erwartungen oder den durch Sozialisation erworbenen eigenen Anspruch nicht erfüllen kann, empfindet er meist Scham. Beschämung und Scham stellen wichtige, aber häufig übersehene Phänomene in der Entwicklung und Auseinandersetzung depressiver Menschen mit sich und der Umwelt dar.

Das je Besondere von Scham und Beschämung

Das deutsche Wort Scham leitet sich vom indogermanischen Begriff „skam“ ab. Skam bedeutet soviel wie „sich verhüllen“ oder „sich verstecken“. Wer sich schämt, möchte sich schützen. Er möchte verhindern, dass sein Inneres zu-

sätzlich verletzt wird. Deshalb hütet er sich, sein Inneres nach außen zu kehren. Die Schamröte mag ihn verraten. Sie kann aber auch anzeigen, dass der sich Schämende genug mit sich selbst zu tun hat. Sie kann als zwischenmenschliches Zeichen verstanden werden, dass ein Mensch in seinem Selbstgefühl zu schützen ist. Denn wer sich errötend schämt, zeigt bereits, dass er sich erniedrigt fühlt. Scham hat auch mit der Feststellung zu tun, sich herabgesetzt zu fühlen, sei es durch unbedachte Worte, demütigende Verhaltensweise oder Spott von Drittpersonen.

Gar nicht selten werden auch Verlustsituationen wie Trennungen oder Stellenkündigungen, die vor Depressionen häufig auftreten, als beschämend erfahren. Diese Verlustsituationen können selbst dann als demütigend erlebt werden, wenn sie unabhängig von der betroffenen Person aufgetreten sind, z.B. durch den Tod eines Partners oder durch Verlust der Arbeitsstelle bei Firmenschließungen. Das lässt sich damit erklären, dass die Vorstellung, die eine Person von sich selber hat, von der Beziehung zu nahen Menschen – etwa dem Ehepartner – oder von der beruflichen Position mit abhängig ist. Deshalb kann ein entsprechender Verlust auch das Selbstwertgefühl gefährden.

Schamgefühle sind Türhüter des Selbst (Hell 2003). Sie treten immer dann auf, wenn das eigene Selbstbild bedroht wird. Wer sich schämt, wird durch das sehr unangenehme Schamempfinden alarmiert, dass die Vorstellung, die er von sich selber hat oder die sich andere von ihm machen, bedroht ist. Auch deshalb hängt das Auftreten von Schamgefühlen bei depressiven Menschen damit zusammen, wie die depressive Blockade sozial eingeschätzt und bewertet wird. Wie zuvor gesagt, wurde die Depression im Mittelalter als Todsünde angesehen. In der Moderne wird die Depression zum Makel, weil durch die depressive Verlangsamung eine Person der derzeit dominierenden Wertvorstellung von Autonomie und Flexibilität nicht entsprechen kann.

Zu den erwähnten äußeren Ursachen kommt bei depressiven Menschen eine innere Dynamik hinzu. Die bewusst erfahrene depressive Blockade lässt nämlich die betroffenen Menschen ihre eigenen Möglichkeiten geringer einschätzen. So hat eine eigene Untersuchung (Weinmann et al 2001) deutlich gemacht, dass sich Menschen während depressiven Episoden fatalistischer bzw. vom Schicksal oder andern Menschen abhängiger einschätzen als im nicht depressiven Zustand. Die vermindert eingeschätzte Selbstkompetenz verführt jedoch depressive Menschen leicht dazu, sich nicht nur weniger zuzutrauen, sondern sich auch selber abzuwerten und damit zu beschämen.

Meines Erachtens ist nun aber dieser Prozess der äußeren Beschämung und der damit zusammenhängenden Selbstbeschämung vom Gefühl der Scham bzw. dem Schamempfinden abzugrenzen. Der Beschämung liegt eine äußere Demütigung oder innere Abwertung zugrunde. Es handelt sich also um einen zwischenmenschlichen Stigmatisierungs- oder einen gedanklichen Abwertungsprozess. Demgegenüber ist das Schamempfinden ein emotionales und persönliches Geschehen. Schon die Sprache verrät es: Ich erlebe Scham, aber ich werde beschämt. Im einen Fall bin ich aktiv und erfahre

mich selber, zwar schamvoll, aber intensiv. Im andern Fall werde ich passiv von außen in Frage gestellt und verletzt. Deshalb konnte ein Mischna-Lehrer sagen: „Jeder, der das Angesicht seines Gefährten vor den Vielen erleiden lässt, ist, als ob er Blut vergießt“. Es gilt das Beschämen wie das Blutvergießen zu vermeiden, weil beides die Integrität eines Menschen verletzt, sei es körperlich, sei es seelisch. Nicht die Scham oder das Schamempfinden ist also etwas Negatives, sondern der Missbrauch des menschlichen Schamempfindens, um einen Menschen zu entwürdigen, klein oder willfährig zu machen.

Einen Menschen zu beschämen ist aber leichter möglich, wenn auch das Schamempfinden als etwas Anstößiges betrachtet wird. Dann trifft das Beschämtwerden einen Menschen doppelt: Einmal als äußere Entwürdigung, zum andern als nicht akzeptables Schamempfinden. Das mag der Grund sein, dass im jüdisch-christlichen Abendland wie in vielen anderen Kulturen – und ganz besonders in den Hochkulturen Asiens – die Schamfähigkeit des Menschen als schützenswert betrachtet wird. Nicht das Schamempfinden als solches ist negativ zu bewerten, sondern der Akt der Beschämung.

Scham ist im Alten Testament das erste Gefühl, das ausdrücklich beim Namen genannt wird. Adam und Eva schämen sich, als sie vom Baum der Erkenntnis gegessen haben. Scham hat nach der Schöpfungsgeschichte der Bibel also mit Selbsterkenntnis zu tun.

Auch in der modernen Entwicklungspsychologie wird Scham mit dem Auftreten von Selbstbewusstsein in Zusammenhang gebracht. So ist in aufwendigen Studien nachgewiesen worden, dass Kleinkinder sich erst ab ca. 12 - 15 Monaten im Spiegel erkennen (Lewis 1992). Kinder beginnen erst ungefähr in diesem Alter, ihr Gesicht im Spiegel nachzuahmen, indem sie Gesichter schneiden, die Zunge herausstrecken oder beobachten, wie sie an der Seite des Spiegels verschwinden und wieder auftauchen. Ein solches sich selber Erkennen ist Bedingung für das Schamerleben. Es kann nur im fürsorglichen Kontakt zwischen Menschen entwickelt werden. Scham macht allerdings einen weiteren Entwicklungsschritt nötig und tritt erst einige Zeit später auf, nachdem sich die Vorstellung eines eigenen Selbst weiter ausdifferenziert hat. So hat schon Darwin darauf hingewiesen, dass Erröten ungefähr ab dem 2. bis 3. Lebensjahr vorkommt. Spätestens 3-jährige Kinder zeigen Scham, wenn sie Aufgaben, deren Lösung sie sich selber zugemutet haben, nicht lösen können, wenn also ihre Erwartung an sich selbst nicht erfüllt wird.

Aus vielen weiteren Untersuchungen zur Selbst- und Schamentwicklung kann (Übersicht bei Seidler 1995) geschlossen werden, dass Scham ein Gefühl ist, das soziale Vorgänge differenziert wiedergibt und ein Selbstbewusstsein voraussetzt. Scham tritt dann auf, wenn die Vorstellung, die man vom eigenen Selbst hat, von andern Menschen oder durch eigenes Handeln verletzt wird.

Scham, Beschämung und Depression

Depressive Menschen haben nun unmittelbar vor der Depression nicht nur häufig Verluste oder Verhaltensweisen, die

sie als beschämend erleben, erfahren. Sie sind im depressiven Zustand auch in besonderer Gefahr, das eigene Schamempfinden zu unterdrücken oder mit Selbstvorwürfen oder gar suizidalen Handlungen auszuschalten. Damit nimmt aber die depressive Empfindungsarmut noch zu. Auch führt der Kampf gegen das feindlich beurteilte Schamempfinden dazu, dass ein depressiver Mensch sich übernimmt und dazu neigt, von sich Leistungen abzuverlangen, die er nicht zu tun imstande ist. Damit erfährt er aber neue Enttäuschungen, die seine Stressbelastung erhöhen und die depressive Spirale tendenzmäßig ankurbeln.

Gerade weil depressive Personen sich oft schwer tun, versteckt vorhandene Schamempfindungen anzunehmen, ist es so wichtig, dass der Therapeut oder die Therapeutin ein Gespür für Schamgefühle hat und der depressive Mensch erfahren kann, dass seine Schamgefühle auf Verständnis stoßen. Natürlich kann nicht erwartet werden, dass das bewusste Achthaben auf Schamgefühle – und andere unangenehme Gefühle wie Wut, Ekel oder Angst – die depressive Leere bzw. die „Losigkeit“ einfach beseitigt. Aber das einführende und verständnisvolle Interesse für verbliebene, meist unangenehme Gefühlsinseln kann den depressiven Menschen näher zu sich selber bringen, um der ständig erinnerten Beschämung das Eigengewicht des Schamerlebens – oder der Wut und der Traurigkeit – entgegenzusetzen. Denn auch unangenehme Gefühle sind Gefühle und stellen ein Gegengewicht gegen die depressive Leere dar. Man kann diese abgeschwächten und unangenehmen Gefühle aber schwerlich annehmen, solange man von sich selber erwartet, dass auch im depressiven Zustand ein intensives und angenehmes Erleben möglich sein müsste. Erst die Akzeptanz der depressiven Blockade macht es leichter, im Gemütsvakuum einzelne Gefühlsreste wie Inseln im Meer wahrzunehmen und sich darauf zu retten.

Diese recht komplexen Zusammenhänge zwischen Scham und Depression möchte ich abschließend an einem Beispiel aus meiner Praxis zu illustrieren suchen (Hell 2003).

Beispiel: Verinnerlichte Beschämung und notwendige Scham

Frau Marianne M., eine heute 40jährige alleinstehende Apothekerin, hat mich im Verlauf einer längeren psychiatrischen, psychotherapeutischen Behandlung sehr viel über Beschämung und Scham gelehrt, obwohl sie wegen einer ganz anderen Symptomatik in meine Behandlung kam. Ihre Leidens- und Krankengeschichte soll im folgenden nur soweit Erwähnung finden, wie es zur Darstellung ihrer Scham-dynamik nötig ist.

Marianne M. wurde im Alter von 9 Jahren mehrfach von einem älteren Nachbarjungen sexuell missbraucht. Er drohte mit Totschlag, wenn sie „ihr Geheimnis“ bekannt machen würde. Als der Missbrauch trotzdem herauskam, wurde zwar über Marianne, aber nicht mit ihr gesprochen. Sie wurde von ihrer Umgebung wie eine Person mit einer ansteckenden Krankheit behandelt. Sie durfte in der Freizeit nicht mehr im Hof mit anderen Kindern spielen, sondern hatte in der Wohnung zu bleiben. Offenbar waren Eltern und Lehrer vom Ge-

schehen so überfordert, dass sie Marianne nur durch Isolation vor weiteren Missbrauchserfahrungen zu schützen suchten.

Marianne fühlte sich in dieser Zeit tief beschämt, zum einem durch die Ohnmacht, die sie beim sexuellen Missbrauch erlebt hatte, zum andern durch das Ausgeschlossen-Sein, das sie im Alltag erlebte. Sie konnte mit niemandem über ihre Gefühle reden. Es blieb ihr versagt, sich einer verlässlichen Person anzuvertrauen und sich mit ihrem Trauma und mit den damit zusammenhängenden Schamgefühlen auseinander zu setzen. Umso mehr versuchte Marianne ihre Scham zu verheimlichen und ihre seelische Wunde vor sich selbst zu verstecken. Als junges Mädchen war Marianne vor allem durch ihre Eigenwilligkeit und ihren trotzigsten Mut aufgefallen. Sie ließ sich so schnell nicht unterkriegen. Nach dem Trauma behielt sie zwar ihr Kämpfertum bei, rang nun aber vor allem mit sich selber und der verinnerlichten Beschämung. Im Gegensatz zu früher traute sie sich nicht mehr trotzig aufzubegehren, sondern begann die Akzeptanz von Eltern, Lehrern und Vorgesetzten mit überdurchschnittlichen Leistungen und äußerlicher Anpassung zu erringen. Dieses kompensatorische Vorgehen hatte insofern Erfolg, als sie sich schulisch immer mehr auszeichnete. Sie schloss die Schule mit der besten Matura und das nachfolgende Pharmaziestudium mit der höchsten Auszeichnung ab. Dennoch blieb ihr versagt, was sie sich insgeheim von ihren Leistungen erhofft hatte. Die schulischen und beruflichen Auszeichnungen vermochten ihre verinnerlichte Beschämung nicht zu beseitigen. Im Gegenteil erlebte sie, dass auch kleine Misserfolge an ihrer Schamwunde rührten und sie zwangen, sich noch mehr zusammenzunehmen, um mittels äußerer Erfolge gegen die eigene Abwertung anzukämpfen.

Als ihr Leistungsvermögen schließlich an eine Grenze stieß und sich nach Jahren übergroßer Anstrengung erschöpfte, brach das Selbstwertgefühl von Marianne völlig ein. Sie wurde im Alter von 25 Jahren schwer depressiv. Im depressiven Zustand litt sie nicht nur daran, dass sie die gewünschte Leistung nicht mehr bringen konnte. Sie fühlte sich durch die depressive Blockade auch zu tiefst beschämt. Sie warf sich Selbstversagen vor, obwohl sie sich selbst im depressiven Zustand zu fast übermenschlichen Anstrengungen zwang. Da Frau Marianne M. ihre depressive Blockade vor allem als Demütigung erfuhr, konnte sie sich nicht damit abfinden, die eingetretene Leistungseinbuße wenigstens vorübergehend ein Stück weit zu akzeptieren. Sie versuchte im Gegenteil, die letzten ihr noch zur Verfügung stehenden Kräfte gegen die depressive Blockade einzusetzen, um der damit assoziierten Beschämung zu entrinnen. Allein, auf diese Weise war ihr Kampf nicht zu gewinnen. Zwar konnte die erste schwere Depression mit antidepressiver Therapie gebessert werden, doch blieben Marianne M. weitere und zunehmend schwerere depressive Zeiten nicht erspart. Der Eindruck, vor ihren Mitmenschen das Gesicht verloren zu haben und durch die Depression tief gedemütigt zu sein, ließ sie auch suizidal werden. Zeitweise ging sie davon aus, dass nur der selbstgewählte Tod sie den vorwurfsvollen Blicken der Mitmenschen und der Verurteilung durch ihr strenges Über-Ich entziehen kön-

ne.

Es brauchte eine längere psychiatrisch-psychotherapeutische Zusammenarbeit, bis Frau Marianne M. sich langsam im therapeutischen Gespräch zu öffnen vermochte. Zunächst wurde aber ihr stockender Bericht immer wieder von der Befürchtung unterbrochen, auch in der Therapie nicht ernst genommen und in ihrem Empfinden verletzt zu werden. Erst nach und nach konnte Frau Marianne M. ihr Schamempfinden über die eingetretene depressive Entwicklung zum Ausdruck bringen. Es dauerte viele Wochen, bis sie erstmals auch vom erfahrenen sexuellen Missbrauch in der Kindheit berichten konnte. Sie fühlte sich zwar dadurch von einem Druck befreit, doch die erfahrene Beschämung hatte sich zu tief in ihr eingenistet, als dass sie darauf verzichten konnte, auch die Therapie als Prüfung anzusehen, in der sie sich auszuzeichnen hatte. Nur über einen besonderen Leistungsausweis glaubte sie die Zuneigung des Therapeuten zu verdienen und Anerkennung zu erhalten. Deshalb bestand für sie in der Therapie die stete Gefahr, neu beschämt zu werden, sollte sie die von ihr angestrebten Fortschritte nicht erreichen oder gar Rückschritte in Kauf nehmen müssen.

Erst die Erfahrung, bei Einbrüchen ihres Leistungsvermögens vom Therapeuten nicht abgelehnt zu werden, sondern als schamhafte Person akzeptiert zu sein, erlaubte Marianne eine vorsichtige Neubewertung ihrer Schamgefühle. Mit einiger Überraschung und fast Unglauben, stellte sie fest, dass das Besprechen ihrer Schamgefühle sie entlastete und dass das Zulassen ihrer Schamgefühle ihre Selbstsicherheit nicht schwächte, sondern stärkte. Je mehr sie aber auch ihren sogenannten negativen Gefühlen zu vertrauen lernte, desto mehr war sie imstande, bisher abgelehnte körperliche Empfindungen wahrzunehmen. Diese Entwicklung erlaubte ihr, ihren sozialen Panzer etwas zu durchbrechen und ihren bisher praktizierten Rückzug vorsichtig aufzugeben. Sie nahm vereinzelt Kontakte mit ehemaligen Bekannten auf, widmete sich ihren Nichten und - nahm auch für mich überraschend - an Selbsterfahrungsgruppen und körperorientierten Meditationskursen teil. Von Krisen unterbrochen entwickelte sie langsam ein stärkeres Leib- und Selbstgefühl.

Doch wäre es falsch, die Therapie als abgeschlossen und die Wunde der Beschämung als geheilt zu betrachten. So lässt jede Erinnerung an ihr Kindheitstrauma Marianne M. so stark zusammenschrecken, als stünde der erlebte Missbrauch unmittelbar bevor. Auch die erfahrene Demütigung durch den depressiven Leistungseinbruch macht ihr weiter zu schaffen. Dennoch hat sich Wesentliches verändert. Frau M. fühlt sich durch ihre unangenehmen Emotionen nicht mehr so stark in Frage gestellt. Sie versteht z.B. ihr Schamempfinden weit mehr, als dies früher der Fall war, als eine persönliche (und auch leibliche) Reaktion, die der durchgemachten Beschämung entgegenwirkt. Dadurch erlebt sie sich weit weniger als hilfloses Objekt, das Demütigungen passiv ausgesetzt wird, denn als Subjekt, das von einer Scham auslösenden Erinnerung oder Situation heimgesucht wird. So bleibt das Schamerleben ihre individuelle Erfahrung und wird nicht zu einer Sache, die ihr beschämend aufgedrängt wird und fremde Züge hat. Oder wie sie selber einmal sagte: Ich schäme mich jetzt

als Marianne und ich schäme mich dafür, was man mir angehtan hat.“ Früher schien sie zu denken: „Ich darf mich nicht schämen, da ich sonst zu einem Objekt der Beschämung werde. Die Beschämung liefert mich der Verachtung aus. Sie macht mich zu einer Sklavin, die rechtlos ist und immer nachgeben muss.“

Auch bei erneutem Einsetzen einer depressiven Verstimmung ist Frau M. nicht mehr im gleichen Maß wie früher alarmiert, zum Objekt einer Beschämung zu werden. Sie kann die eigene Angst und Scham etwas mehr zulassen und verfügt dadurch über einen innerlich erlebten Raum, den sie den realen und vorgestellten Demütigungen entgegensetzen kann. Dadurch läuft sie etwas weniger Gefahr, der depressiven Leere bzw. „Losigkeit“ ausgesetzt zu werden. Tatsächlich hat Frau M. in den letzten Jahren bei gleichbleibender Behandlung mit Antidepressiva und stimmungsausgleichenden Mitteln keine schweren depressive Episoden mehr erlitten.

In der Behandlung von Marianne M. habe ich eindrücklich miterlebt, wie im Offenlegen der Scham und im Annehmen des Schamerlebens eine befreiende Kraft stecken kann. Für die Psychotherapeutin Helen Block Lewis wurde eine analoge therapeutische Erfahrung so zentral, dass sie die Besprechung der Schamgefühle zum Angelpunkt der psychotherapeutischen Behandlung gemacht hat. Lewis wurde aufgrund ihrer Erfahrungen davon überzeugt, dass viele psychiatrische Störungen durch verborgene Scham aufrecht erhalten werden. Auch viele psychotherapeutische Prozesse kommen nach ihrer Überzeugung nicht voran, weil sie die Schamproblematik übersehen. Konsequenterweise sieht H.B. Lewis viele Widerstände in der Psychiatrie als schambedingt an. Sie schreibt: „In den letzten Jahren bin ich zur Überzeugung gelangt, dass Widerstand ein falscher Name für Scham und Schuld ist.“ Sie betrachtet deshalb die Bearbeitung von versteckter Scham als zentrale Aufgabe jeder psychotherapeutischen Behandlung.

Um die Scham im therapeutischen Prozess zu ihrem Recht kommen zu lassen, ist es wichtig zu beachten, dass auch eine Therapie selber Scham auslösen kann. Dabei muss es sich nicht um eine stationäre Behandlung handeln, die ja sehr häufig als beschämend erfahren wird. Auch ein ambulantes Hilfesuchen bei Psychiatern und Psychotherapeuten kann Schamgefühle wecken, erst recht, wenn sich eine Person hilflos und abhängig fühlt.

Der therapeutische Umgang mit dem Schamempfinden bedarf deshalb Fingerspitzengefühl und setzt auf Seiten der Therapeuten eine Art „Schamstärke“ voraus. Damit meine ich, dass die (therapeutischen) Partner nicht mit ihrer eigenen Scham hadern, sondern im Rahmen des Möglichen selber in der Lage sein sollten, sich zu schämen. Therapeutisches Ziel ist nicht Schamlosigkeit, sondern ein bewusstes Annehmen von Schamempfindungen und ein gezieltes Vermeiden von Beschämungen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Zusammenfassend gilt: Nicht das Schamempfinden macht depressiv, sondern erfahrene Beschämungen tragen zur Entwicklung und zum Aufrechterhalten einer Depression bei.

VORTRAG

Eine Depression wird eher verstärkt, wenn das Schamempfinden nicht zugelassen wird. Die Depression ist nicht durch ein bestimmtes Gefühl charakterisiert, sondern durch eine generelle Abschwächung des Gefühllebens, durch die sog. Losigkeit. In der Therapie depressiver Menschen geht es deshalb darum, die abgeschwächten, aber noch versteckt vorhandenen Gefühle zu stärken, statt sie noch zusätzlich zu behindern. In aller Regel setzt das Wiedererlangen der Fähigkeit, Freude und Interesse zu empfinden, bei depressiven Menschen ein Zwischenstadium voraus, in dem eher unangenehme Gefühle wie v.a. Scham, Wut und Traurigkeit auftreten.

Die heute aufkommende Tendenz, krankhafte (negative) von gesunden (positiven) Gefühlen abzugrenzen, scheint mir gefährlich. Denn auch unangenehme Gefühle sind basale Elemente unserer Lebensorganisation. So verweisen uns Schamgefühle darauf, dass wir gedemütigt worden sind oder dass wir uns selber beschämen. Nicht das Schamempfinden ist krankhaft, sondern die Beschämung, worauf das Schamempfinden verweist, ist krankmachend. Unsere Gefühle sind nichts Zufälliges und schon gar nichts Schädliches. Es sind

gerade depressive Menschen, die uns den Wert des Gemütslebens in aller Deutlichkeit vor Augen führen.

Literatur

- Hell D (2003) Seelenhunger – Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben. Bern: Huber, 2°
Lewis M (1992) Scham – Annäherung an ein Tabu. Hamburg: Ernst Kabel
Seidler GH (1995) Der Blick des Anderen. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
Weinmann M, Bader JP, Endrass J, Hell D (2001) Sind Kompetenzen und Kontrollüberzeugungen depressionsabhängig? – Eine Verlaufsuntersuchung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 30, 153-158

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr.med. D. Hell

Klinischer Direktor

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Lenggstrasse 31

8029 Zürich

hellsek@bli.unizh.ch

Kongress der GLE-Int.

Vorträge

Trauma und posttraumatische
Belastungsstörungen

Person – Persönlichkeit

Die verletzte Person

Weg-gelegt

Die neurobiologische Verankerung
traumatischer Erfahrungen

Die Bedeutung der neurobiologischen
Erkenntnisse für die Therapie

Delinquenz und Trauma

Trauma und Persönlichkeit

Persönlichkeitsstörungen und
Traumagenese

Traumatherapie aus
existenzanalytischer Sicht

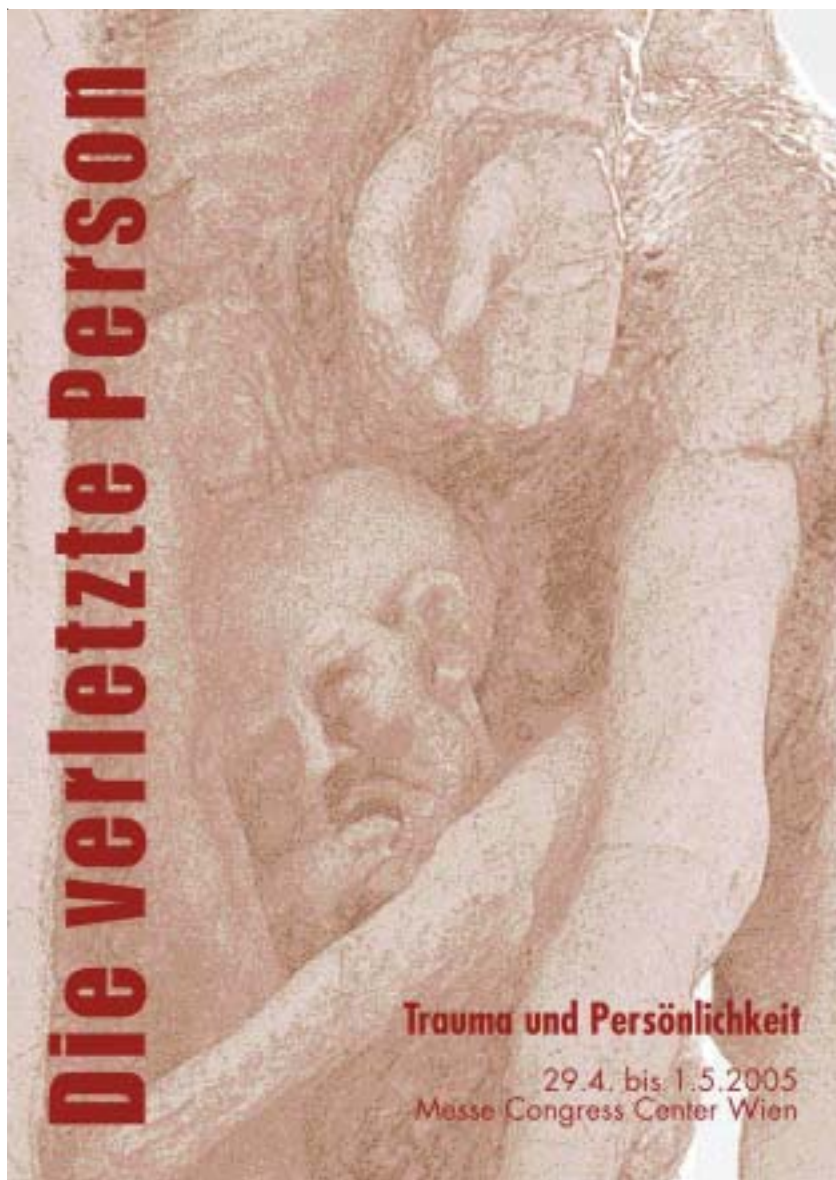
Gastvortragende

Dr. med. Heinrich Donat

Univ.-Prof. Dr.rer.nat. Dr.med.habil. Gerald Hüther

Univ.-Prof. Dr.med. Luise Reddemann

Univ.-Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder



Moralphilosophische Überlegungen zu Suizid und Suizidprävention und deren existenzanalytische Verortung

Emmanuel J. Bauer

Wirklichkeit und Möglichkeit des Suizids erschüttern die Grundfesten menschlicher Existenz. Sie stellen den Menschen als Menschen in seiner Ganzheit und in seinem tiefsten Selbstverständnis in Frage. Es leuchtet unmittelbar und unmissverständlich ein: Hier geht es um die Entscheidung zwischen Leben und Tod, um Sinn oder Unsinn menschlicher Existenz, um Sein oder Nichtsein, besser: um Sein- oder Nichtsein-Können und -Wollen der Person. Wohl aus diesem Grund versetzt die Konfrontation mit dem Suizid den Menschen normalerweise in Unruhe. Erst wer gelernt hat, dieser letztlich freien Möglichkeit menschlichen Daseins ins Auge zu schauen und personal Stellung zu beziehen, wird mit dieser Frage gut leben und dem Problem therapeutisch gut umgehen können. Insofern der Suizid den Menschen als Ganzen betrifft, war und ist seine Einschätzung immer maßgeblich von soziokulturellen, philosophischen und weltanschaulichen Faktoren mitbestimmt. Ein Blick in die Geistesgeschichte und die aktuelle philosophische Diskussion sowie die Verortung der Frage in der existenzanalytischen Anthropologie erscheinen daher unverzichtbar.

Schlüsselwörter: Depression, Suizid, Suizidprävention, Moral, Anthropologie

The reality and possibility of suicide shake the foundations of human existence. They put the human being in his/her entirety and deepest self-comprehension into question. This much is absolutely self-evident: the decision about life or death is at stake here, about the meaning or meaninglessness of human existence, about being or not being, rather: about the person's capacity or incapacity and his will or absence of will to exist. This is probably why the confrontation with suicide usually disturbs. Only someone who has learned to confront this last possibility of human existence and to arrive at a position towards it will be able to be at ease with this question and to deal with it well as a therapist. In so far as suicide concerns the whole person, its assessment has always been determined largely by socio-cultural, philosophical and ideological factors. Therefore, a look into the history of ideas and into the actual philosophical debate imposes itself, as well as a debate about the question within the framework of the existential-analytical anthropology.

Key words: depression, suicide, suicide prevention, ethics, anthropology

1. Suizid als Grundfrage menschlicher Existenz

Suizid ist eine Realität in unserer Welt, mit der jede und jeder von uns in irgendeiner Form einmal zu tun hatte. In Österreich nehmen sich statistisch gesehen knapp vier Menschen pro Tag das Leben. Wir können uns also der Auseinandersetzung mit diesem Thema nicht entziehen. Wird jemand auf Grund persönlicher Verbindung mit einem Suizidenten tatsächlich einmal unmittelbar mit der Wirklichkeit des Suizids konfrontiert, löst es in ihm normalerweise starke Gefühle aus, zumeist eine Mischung aus tiefer Betroffen-

heit, Aggression, Ohnmacht, Trauer, Mitleid, Niedergeschlagenheit, vielleicht auch Unverständnis. Selbst dann, wenn wir „nur“ indirekt damit konfrontiert werden, weil ein Mensch nach einem Suizidversuch oder aufgrund virulenter Suizidalität uns als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut in Anspruch nimmt, kann es sein, dass uns eine gewisse Unruhe und undefinierbare Angst überkommt und wir Scheu empfinden, uns mit dieser Problematik zu befassen. Möglicherweise sind diese Empfindungen ein Symptom dafür, dass wir die ganz persönliche Einstellung zum Suizid noch nicht gefunden haben oder diese nicht fest genug ist,

um derartigen konkreten Anfragen Stand zu halten. Zudem ist zu bedenken, dass die Haltung des Menschen zum Suizid etwas Lebendiges und Fluktuierendes ist. Jede neue Erfahrung mit dessen Realität und jede neue Begegnung mit Menschen, die um ihr Ja zum Leben ringen, beeinflusst und verändert die je persönliche Sicht und Beurteilung des Suizids.

Das heißt, wer immer mit dem Problem Suizid zu tun hat oder meint, dazu etwas Essentielles sagen zu dürfen, muss sich je neu mit den letzten Fragen des menschlichen Lebens auseinander setzen. Es gilt hier der **Grundsatz**: Solange wir nicht Stellung bezogen haben zur Möglichkeit des Suizids, des fremden wie des eigenen Suizids, werden wir uns auch schwer tun im Umgang mit der Wirklichkeit des Suizids. Denn wie und wann immer wir mit der Realität des Suizids konfrontiert werden, werden wir unwillkürlich auch vor die Möglichkeit des eigenen Suizids gestellt. Niemand wird von sich behaupten können, er/sie sei davor gefeit, selbst von suizidalen Gedanken heimgesucht zu werden.

Um zu einer Sache verantwortlich Stellung beziehen zu können, ist es notwendig, diese Sache möglichst fundiert zu kennen, d.h. ein möglichst umfassendes Wissen von der Natur der Sache und den spezifischen Umständen und Auswirkungen ihres Auftretens zu haben. Handelt es sich um Phänomene der praktischen Wirklichkeit menschlicher Existenz, dann ist es unverzichtbar, sie auch mit der Grundfrage menschlichen Handelns zu konfrontieren, nämlich mit der Frage „Was soll ich tun?“. Nun ist der Suizid zweifellos ein äußerst vielschichtiges und komplexes Phänomen von höchster existentieller Bedeutung. Dementsprechend bedarf es auch der verschiedensten wissenschaftlichen Gesichtspunkte, um ihm gerecht zu werden. Neben den medizinisch-psychiatrischen Erkenntnissen, die bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Suizidproblematik normalerweise den Ton angeben, sind aber auch die soziale, soziologische, kulturelle, theologische und philosophische Dimension zu berücksichtigen. Wenngleich die theologischen und noch mehr die philosophischen Faktoren im Prozess der Entscheidung zur Selbsttötung zumeist nur eine untergeordnete Rolle spielen, sind sie doch für den Standpunkt, den die Gesellschaft oder der einzelne Mensch zum Suizid ganz allgemein einnimmt von großer Bedeutung. Denn abgesehen von persönlichen existentiellen Erfahrungen wird die je eigene Sicht und Beurteilung des Suizids maßgeblich von der Einschätzung der moralischen Legitimität eines solchen Schrittes abhängen. Aus diesem Grund soll in diesen Ausführungen gezielt die moralphilosophische Dimension des Problems beleuchtet werden. Diese Schwerpunktsetzung bedeutet aber nicht, dass die Ergebnisse der anderen suizidologischen Wissenschaften unberücksichtigt blieben. Im Gegenteil, sie bilden die Voraussetzung dafür, die moralphilosophischen Prinzipien auf die konkrete Fragestellung sinnvoll anwenden zu können.

Aus existenzphilosophischer Perspektive – man denke an das bekannte Wort von Albert Camus – gilt der Selbstmord als das zentrale, grundlegende philosophische Problem, das allen anderen philosophischen Fragen vorzuordnen ist (Camus 1996). Schließlich geht es dabei nicht um eine theoretische Auseinandersetzung über die Handlungsmöglichkeiten des Menschen, sondern um den Menschen als solchen und die Gründe und Ab-

gründe seiner Existenz. Das menschliche Leben in seiner Ganzheit steht auf dem Spiel. Es geht um Sein oder Nichtsein je dieses Menschen. Eine philosophisch-moralphilosophische Sicht des Suizids zu gewinnen, fordert vom Subjekt, nicht nur Stellung zum Tod, sondern vor allem auch Stellung zum Leben (und seinen grundlegenden Bedingungen) zu beziehen. Die Frage nach dem Ursprung und dem Ziel, nach dem Woher und Wohin menschlicher Existenz drängt sich ebenso auf wie jene nach Sinn und Unsinn meines Lebens bzw. nach dem Wertvollen, das mich (mehr oder minder fest) Ja sagen lässt zu meinem Dasein. Zum anderen zwingt mich auch das Faktum des Todes zur Stellungnahme: Wie stehe ich zur Endlichkeit des Lebens? Was bedeutet sie für mich? Ist der Tod für mich die nackte Anihilation, die totale Vernichtung meiner selbst oder glaube ich an ein Jenseits, und wenn ja, an welche Form und Qualität des Weiterlebens?

Der hier nur angedeutete, mit dem Suizid verbundene philosophische Fragenkomplex zeigt, dass die Beurteilung des Suizids nie voraussetzungslos oder wertneutral vorgenommen werden kann. Der je persönlichen und gesellschaftlichen Haltung gegenüber dem Suizid liegt immer ein bestimmtes Menschen-, Welt- und Gottesbild zu Grunde. Dieses beeinflusst seinerseits maßgeblich die moralphilosophischen Kriterien, an denen sich die Einschätzung des Suizids orientiert. D.h. der Begriff des Suizids und die Einstellung zu ihm sind und waren immer zeitbedingt und abhängig von moralphilosophischen und theologischen Überzeugungen.

Ganz allgemein und epochenübergreifend steht die Frage der sittlichen Legitimität des Suizids immer in der Spannung zwischen der Achtung vor der Unantastbarkeit des Lebens und dem Respekt vor der Freiheit und Selbstbestimmung der Person, zwischen Eigenrecht des Individuums und Solidarität bzw. Verpflichtungen gegenüber der Gemeinschaft, zwischen Unerträglichkeit und Absurdität von Leid und Schmerz und der Möglichkeit der personalen Integration dieser Kontingenzerfahrungen in das Ganze menschlichen Seins, zwischen punktueller Empfindung von Absurdität und der Sinnträchtigkeit eines größeren religiösen Horizonts.

Im Folgenden wollen wir vorerst einen geschichtlichen Überblick über die verschiedenen philosophischen Positionen gegenüber dem Suizid geben, sodann die Grundtypen moralphilosophischer Argumentation, um schließlich vor diesem Hintergrund die aktuelle Frage nach der Legitimität von Suizid und Suizidprävention aus moralphilosophischer Perspektive zu stellen.

2. Die Haltung zum Suizid in der abendländischen Geistesgeschichte

Bevor wir daran gehen, die diversen Argumentationsfiguren der moralphilosophischen Beurteilung des Suizids freizulegen, erscheint es ratsam, sich einen Überblick über die philosophische Einschätzung des Suizids im Laufe der abendländischen Geistesgeschichte ganz allgemein zu verschaffen. Denn dessen moralphilosophische Beurteilung im Besonderen kann jeweils nur vor dem Hintergrund des philosophischen Welt- und Menschenbildes verstanden werden,

in das sie ursächlich eingebunden sind. Es ist hier allerdings nicht der Rahmen für eine detaillierte Darstellung des Suizids aus philosophischer Sicht. Dafür lässt sich auf eine Vielzahl guter Literatur verweisen (vgl. Alvarez, Ariès, Bauer, Baumann, Minois, Mischler). An dieser Stelle soll nur ein ganz allgemeiner Überblick über die großen Tendenzen bzw. Traditionen hinsichtlich der philosophischen Einschätzung des Suizids gegeben werden, mit dem Ziel, eine grobe Orientierung zu ermöglichen.

Die Ambivalenz gegenüber dem Suizid, die in den Gefühlen der Menschen festzustellen ist, findet sich auch in der Geschichte des Denkens. Auch die Philosophie weist sehr heterogene Zugänge zu dieser Problematik auf. Die geistige Bandbreite oszilliert zwischen Duldung und rigoroser Ablehnung, zu gewissen Zeiten sogar zwischen pathetischer Befürwortung und überzeugter, begründeter Verurteilung. Die Ränder dieses Spektrums werden also – philosophisch-theologisch gesprochen – durch zwei Positionen markiert: einerseits die Negation des Rechts auf Selbsttötung und deren Verurteilung als Sünde (in der Theologie) oder als strafwürdiges Vergehen (in der philosophischen Ethik) und andererseits die Verteidigung des Rechts auf Selbsttötung als eines grundlegenden Bestandteils der Freiheit des Menschen.

In der **Antike** steht man dem Suizid relativ offen und natürlich gegenüber. Sich selbst zu töten fand zum Teil sogar gesellschaftliche Anerkennung. Von einer wirklichen Freiheit kann aber auch hier nicht die Rede sein. Auch schon die antiken Denker und Schulen sind gespalten zwischen solchen, die das Recht auf Selbsttötung verteidigen (*Kyniker, Kyrenaiker, Epikureer und Stoiker*) und solchen, die es mit Nachdruck bestreiten (*Pythagoreer, Platon, Aristoteles*). Das Recht oder sogar die Pflicht, sich selbst zu töten, wurde im Wesentlichen an der Bedeutung für und den sozialen Auswirkungen auf die Gesellschaft gemessen. Dementsprechend wurde der Suizid zum einen bisweilen als Akt der Freiheit des Individuums bewundert (u.a. von Antisthenes oder Seneca), zum anderen als asoziale Tat abgelehnt (z.B. von Aristoteles). Als Tötungsdelikt im eigentlichen Sinn hat der Suizid nicht gegolten. Da Tugend in fast allen Schulen eng an Einsicht und Wissen gebunden war, entschied sich die Legitimität des Suizids an dessen Vernünftigkeit im Hinblick auf die jeweiligen Vorstellungen vom guten Leben.

Im **Mittelalter** setzte sich mit der Dominanz der christlichen Tradition zunehmend deutlicher eine negative Einstellung zum Suizid durch. Zwar kennt das biblische Ethos noch keine eindeutige Verurteilung des Suizids. Es gibt vielmehr eine ganze Anzahl von Beispielen für Suizide und suizidale Krisen. Man denke etwa an das selbst herbeigeführte Ausdem-Leben-Scheiden von König Abimelech (Ri 9,54), Simson (Ri 16,30), Saul (1 Sam 31,4f.), Simri (1 Kg 16,18), Judas (Mt 27,5) oder die Todessehnsucht von Tobit (Tob 3,6), Sara (Tob 3,13), Elija (1 Kg 19,4) und Jona (Jon 4,2ff.). Diese Erzählungen zeigen, dass Suizid in der Bibel ursprünglich zumeist als tragisches Schicksal oder altruistisches Selbstopfer gedeutet wurde. Dennoch verurteilen Judentum und Christentum, beginnend mit *Augustinus* (vgl. De civ. I, 20), den Suizid letztlich scharf. Unter Berufung auf das fünfte Gebot wird der Suizid zunehmend klarer als Selbst-*Mord* qua-

lifiziert. *Thomas von Aquin* (Summa theologiae II/2, q. 64, a. 5) entwickelt schließlich – unter Rückgriff auf die beiden platonischen und den zentralen aristotelischen Einwand – eine systematische Widerlegung des Selbstmords. Die Trias seiner Argumente – Selbstmord sei Sünde gegen Gott, gegen die Gemeinschaft und gegen das natürliche Gebot der Selbstliebe – blieb über Jahrhunderte, sei es positiv oder sei es negativ, bestimmend für die Auseinandersetzung mit dem Suizid.

Erst seit dem Beginn der **neuzeitlichen Philosophie** werden Stimmen laut (*Michel de Montaigne, John Donne* und vor allem *David Hume*), die die generelle moralische Verwerflichkeit des Suizids in Zweifel ziehen. Auch wenn die wirkmächtigsten Philosophen dieser Epoche – nämlich *Spinoza* und mit besonderem Nachdruck sodann *Kant* und die *Deutschen Idealisten* – weiterhin den Suizid als unvernünftig und moralisch illegitim darstellen, wandelt sich Schritt für Schritt die allgemeine Einstellung zu diesem Problem. Der in Gang gekommene Liberalisierungsprozess bekam neue Nahrung, als es durch den Fortschritt von Medizin und Psychiatrie gegen *Ende des 19. Jahrhunderts* zu einer Medikalisierung des Suizids kam. Die endgültige Enttabuisierung des Suizids bewirkten schließlich die bahnbrechenden Untersuchungen von *Émil Durkheim* († 1917), der die Selbsttötung als psychosoziales Phänomen (vgl. Durkheim 1897), und *Erwin Ringel* († 1994), der sie als Endprodukt einer krankhaften psychischen Entwicklung darstellte (vgl. Ringel 1953).

Als Konsequenz aus der gewandelten Sichtweise entstehen seit ca. 50 Jahren sogenannte *Kriseninterventionszentren*, d.h. multiprofessionell arbeitende Stationen der Intervention und Prävention von Suiziden. Dadurch stellt sich aus moralphilosophischer Perspektive aber auch ein neues Problem: Es geht nun nicht mehr nur um die Frage, ob Suizid moralisch erlaubt ist oder nicht, sondern auch, ob und in welchem Maß Suizidverhütung moralisch legitim ist.

3. Kriterien der Beurteilung des Suizids

Die theoretische Haltung zum Suizid hängt entscheidend von der Sichtweise von und der Stellungnahme zu zentralen Bestimmungen bzw. wesentlichen Dimensionen des Menschseins ab. Man könnte von anthropologischen Grundannahmen sprechen, die im Zusammenhang unseres Problems als Kriterien fungieren können, an denen sich die philosophische, aber auch die je persönliche Einstellung zum Suizid herauskristallisiert. Diese anthropologischen Kriterien sind nicht zu verwechseln mit dem Katalog der mitbestimmenden Ursachen eines konkreten Suizids.

a) Der Mensch ist ein „**ens contingens**“: In dieser These wird die religiös-geschöpfliche Dimension menschlicher Existenz zum Ausdruck gebracht. Der Mensch erlebt sich als kontingentes Wesen, das nicht notwendig, sondern „zufällig“ existiert, das wohl faktisch existiert, genauso gut aber auch nicht existieren könnte. Der kontingente Mensch ist nicht absoluter Herr seines Lebens. Er erfährt sich im Leben als Sich-selbst-Gegebener, als „ins eigene Sein freigegeben-

ner, individueller Geist“ (Guardini 1997, 212). Diese Erfahrung erweckt in vielen Menschen den Gedanken an ein Unendliches, Absolutes, das insbesondere in den religiösen Traditionen des Abendlandes die Gestalt eines transzendenten Wesens oder eines Göttlichen annahm. Am Begriff dieses Unendlichen und am Verhältnis zu ihm entscheidet sich die Frage, welches Verfügungsrecht sich der Mensch über sein Leben zuspricht, die Frage der Verantwortung sowie die des Ausblicks auf ein Jenseits. Am Beispiel der Zuruwaha-Indianer in Brasilien etwa konnte der große Einfluss bestimmter Jenseitsvorstellungen auf die Einstellung zum Suizid nachgewiesen werden (vgl. Fritzsche 2003). Der ausgeprägte Kontinuitätsglaube, auf Grund dessen u.a. auch der Tod bloß als natürlicher Übergang von einem Ort zu einem anderen betrachtet wird, ist einer der maßgeblichen Ursachen für die Tatsache, dass mehr als 60 Prozent der Todesfälle auf Suizide zurückzuführen sind. Das zu diesem Zweck verwendete Gift Kunaha, der Saft der Timbo-Wurzel, wird von den Zuruwaha vielsagend auch „Vehikel ins Jenseits“ genannt.

b) Der Mensch ist ein soziales Wesen, ein „**Zoon politikon**“, wie schon Aristoteles lehrte (Politik 1253a): Diese These greift die sozial-ethische Dimension menschlicher Existenz auf. Der Mensch tritt uns hier als ein Wesen entgegen, das ohne die erlangte Zuwendung und Sorge anderer Menschen nicht Mensch werden, der ohne die Hinwendung zu und die Kommunikation mit anderen Menschen nicht Mensch sein kann. Menschsein ist nur möglich unter der Bedingung gegenseitiger Solidarität, praktizierter Kommunikation, gelebten Dialogs sowie der Wechselseitigkeit von Respekt, Wertschätzung und Proexistenz. Deshalb kommen jedem Menschen auch Verantwortung und bestimmte Verpflichtungen gegenüber seinen Mitmenschen zu. Das bedeutet aber auch, dass selbstgewählte Beendigung des eigenen Lebens sich auch vor der Gesellschaft moralisch legitimieren muss.

c) Der Mensch ist **Person**: In dieser anthropologischen Grundüberzeugung liegt die individual-ethische Dimension menschlicher Existenz begründet. Der Mensch als Person ist ein freies, sich selbst anvertrautes Wesen, das über sein Leben verfügen und sein Dasein so gestalten kann, dass es den eigenen Ansprüchen gemäß ein lebenswertes Leben ist. Der Mensch zeichnet sich durch das Recht auf Selbstbestimmung, die Fähigkeit zu authentischem Selbstsein und damit untrennbar verbunden durch die Würde des Gewissens und der freien sittlichen Entscheidung aus. Als solcher steht er unter der ethischen Forderung, dieser Dignität im Gebrauch der Freiheit gerecht zu werden.

d) Der Mensch ist ein **geistig-leibliches Wesen**: Diese These artikuliert die ganzheitliche Dimension menschlicher Existenz. Der Mensch wird als Wesen begriffen, das als integrativer Teil in die Natur eingebunden ist und daher in gewissem Maß ihren Gesetzmäßigkeiten unterliegt. Die in seinem Geistsein begründete Freiheit muss daher sowohl der Natürlichkeit und Leiblichkeit des menschlichen Wesens als auch dem Anspruch der Vernünftigkeit Rechnung tragen. Auf unser Thema bezogen heißt das, dass in diesem Bereich die Frage der Naturgemäßheit und Rationalität des Suizids sowie des Einflusses psychischer oder organischer Erkrankungen anzusiedeln sein wird.

4. Argumentationstypen zur moralphilosophischen Einschätzung des Suizids

Suizid ist eine Realität, die so alt ist wie die Menschheit und die auch immer schon das moralische Empfinden der Menschen herausforderte. In fast allen Kulturen galt das Leben als heilig. Sich selbst zu töten war mit Ausnahme jener Fälle, die religiös gefordert oder begründet waren, dementsprechend zumeist verboten und wurden in irgendeiner Form geahndet. Die Sanktionen reichten von Schändung des Leichnams über Begräbnisverweigerung bis hin zur Konfiszierung des Vermögens (vgl. dazu Mischler 2000, 60-64, 92-98; Minois 1996, 59-62). Der Suizid konnte aber auch bestimmte gesellschaftliche Funktionen erfüllen. In keiner Tradition wurde das Faktum des Suizids als wertneutral betrachtet. Die Gesellschaft begegnete diesem Phänomen immer mit einer gewissen Scheu und versuchte, eine religiöse und philosophische Antwort auf die Frage der Legitimität einer solchen Tat zu geben. Wie schon erwähnt, war die moralphilosophische Auseinandersetzung mit diesem Problem äußerst vielfältig und sehr ambivalent. Zudem sind die jeweiligen Antworten zeit- und theoriebedingt. Sie im Einzelnen darzustellen, würde nicht nur den Rahmen sprengen, sondern die Gefahr in sich bergen, sich im Detail bzw. in der Exploration der sich aus dem jeweiligen philosophischen System ergebenden impliziten Prämissen zu verlieren. Daher erscheint es uns geboten, die vielen verschiedenen moralphilosophischen Einzelthesen auf die sie verbindenden Argumentationsfiguren hin zu untersuchen (vgl. dazu Wittwer 2003).

4.1. Der Mensch ist nicht unumschränkter Herr seines Lebens

4.1.1 Verfügungsrechts-Argument

Eines der wirkmächtigsten und vorrangigsten moralischen Argumente gegen den Suizid war und ist die These, dass der Mensch nicht die letzte und absolute Verfügungsmacht über sein Leben hat.

a) *Gott als Herr des Lebens*

In der religiösen Variante dieses Arguments begegnet uns Gott als derjenige, der den Menschen an seinen Platz im Leben gestellt hat, den er – wie ein Sklave im Verhältnis zu seinem Herrn – ohne Weisung Gottes auch nicht verlassen darf (Platon, Phaid. 62b), oder als Herr über Leben und Tod, der dem Menschen das Leben als Geschenk zur freien verantwortlichen Gestaltung in der Spanne zwischen Geburt und Tod übergeben hat (Thomas von Aquin, STh., qu. 64, a. 5; Katechismus der Katholischen Kirche), oder als der, der dem Menschen das Leben zur Nutzung quasi anvertraut und ihm einen ganz bestimmten Posten in der Welt überantwortet hat (Kant 1998b, A 72). Der Mensch hat unter diesen Voraussetzungen nicht die absolute Verfügungsgewalt über sein Leben. Er ist bestimmten Intentionen des Schöpfers moralisch verpflichtet. Vor allem aber umfasst die Kompetenz seiner Freiheit nicht die Entscheidung über eigenes Sein oder Nichtsein.

Wird die Prämisse akzeptiert, ist dieses Argument im Wesentlichen stichhaltig, abgesehen von der Halbherzigkeit, die im Gedanken des Lebens als Geschenk steckt. Ist es näm-

lich dem Menschen wirklich als Geschenk übergeben, dann darf er letztlich auch darüber verfügen.

b) Der Mensch als Person ist Selbstzweck

Ausgehend von der Kantischen Definition des Menschen als eines Wesens, das nicht Sache, sondern Person, d.h. „Zweck an sich selbst“ (Kant 1998a, BA 65-67) ist und als solches niemals bloß als Mittel gebraucht werden darf, wendet man mit Kant gegen die moralische Legitimität des Suizids ein, dass ein Mensch, der versucht, sich selbst zu verstümmeln oder zu töten, dabei seiner Person sich als Mittel zum Zweck bediene (Kant 1998a, BA 67). Der Zweck wird darin erblickt, einem bestehenden oder drohenden Übel zu entinnen.

Kritiker dieses Arguments – etwa K. Löwith (Löwith 1981, 408) und D. Birnbacher (Birnbacher 1990, 403) – wenden ein, dass es unmöglich sei, sich selbst zum Mittel für einen eigenen Zweck zu machen, da es doch immer mein eigener Zweck sei, um den es sich handelt. Unter der Voraussetzung der Unsterblichkeit der Seele und der Unterscheidung von homo phaenomenon (der Mensch als sinnliches Naturphänomen) und homo noumenon (der Mensch als autonom und frei entscheidendes Wesen), von denen Kant ausgeht, erscheint dieser Einwand aber nicht stichhaltig. Handelt es sich nämlich um keine totale Annihilation und um eine Tat, deren Ursprung in der Freiheit des Menschen liegt, kann eine Analogie zu jenem Verhalten des Menschen zu sich selber hergestellt werden, in dem dieser seine eigenen Ansprüche als Person übergeht und sich selbst verzweckt.

c) Sittlichkeit als Selbstzweck

Kant führt die Autonomie der reinen praktischen Vernunft als Prinzip der Sittlichkeit ins Treffen, um daraus das individuelle Recht auf Suizid moralisch zu verwerfen. Sein Argument lautet: „Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person“ zu vernichten, bedeute nichts anderes, „als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach“ (Kant 1998b, A 73) zu zerstören. Diese, die Sittlichkeit selbst, bezeichnet Kant aber als „Zweck an sich selbst“. Wer sich selbst, das Fundament aller autonomen Freiheit, tötet, vernichtet jegliche sittliche Verbindlichkeit und die Bedingung der Möglichkeit von Sittlichkeit. Das steht jedoch dem Menschen nicht zu. Der Einzelne darf sich nicht über das Gebot der sittlichen Vernunft stellen. Das Suizidverbot begegnet uns hier als „Pflicht zweiter Ordnung, die Bedingung der Erfüllung der Pflicht erster Ordnung zu erhalten“ (Wittwer 2003, 327f.). Die erste Pflicht aber liegt in der Achtung vor dem Sittengesetz als solchem.

4.1.2. Recht auf Selbstbestimmung

Den Selbstverfügungs-Argumenten gegen den Suizid steht das grundlegende, in der modernen Ethik unumstrittene Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung gegenüber. Dieses Recht meint vor allem die Freiheit, über sein Leben selbst zu verfügen, was dessen Art und Gestaltung betrifft. Der Mensch ist das Wesen, das allein sich selbst gehört. Darin sehen Verfechter des Freitods wie etwa *Jean Améry* den Grund, entschieden gegen jede Fremdbestimmung des Menschen im Hinblick auf den eigenen Tod aufzutreten und die Anerkennung des Suizids als „hochindividuelle Sache“

(Améry 1994, 85) und absolut freien Akt des Menschen anzuerkennen. Ob der Suizid tatsächlich aus dieser hier unterstellten bewussten Rationalität vollzogen und als Moment absoluter Freiheit erlebt werden kann, bleibt als Frage offen.

Die einzige Grenze, die von den Befürwortern des Rechts auf Selbstbestimmung ihm gegenüber anerkannt wird, sind die Freiheit und Integrität der Person des anderen, die durch die eigene Freiheit zum Suizid nicht verletzt werden darf sowie die Verantwortung, die man gegenüber anderen trägt.

4.2. Sozialethische Argumentation

a) positiv-rechtliche Version

In diesem Fall wird Suizid aus dem Grund als moralisches Vergehen erkannt, weil der Suizident dadurch geltendes Recht verletze und die Autorität des Staates (bzw. der Polis) missachte. Im Sinne dieses Arguments steht der staatliche Herrschaftsanspruch bei *Aristoteles* im Mittelpunkt seiner Ablehnung des Suizids (Nik. Ethik V, 1138a 4-14). Wer sich selbst umbringt, begeht zwar kein Verbrechen gegen sich selbst, wohl aber gegen die Gemeinschaft und ihre Rechte. Die Auffassung, dass die Polis allein das Recht hat, über Leben und Tod ihrer Mitglieder zu entscheiden, wirkt im *römischen Recht* weiter, wenn es aus diesem Grund Sklaven und Soldaten verbietet, sich selbst zu töten.

b) strikt kollektivistische Version

Das Individuum wird unter diesem Gesichtspunkt primär oder ausschließlich als Glied in einem gesellschaftlichen Ganzen gesehen. Der für das Menschsein an sich wesentliche Bezug zur Gemeinschaft wird absolut gesetzt. Auf diesem Gedanken gründet das zweite Argument des *Thomas von Aquin*: Er geht davon aus, dass jeder Mensch Teil der Gemeinschaft ist. Wie aber jeder Teil mit allem, was er ist, dem Ganzen gehört, ist auch der einzelne Mensch quasi Eigentum der Gemeinschaft. Also ist Suizid ein Unrecht gegen die Gemeinschaft (Summa theologiae II/2, q. 64, a. 5).

c) utilitaristische Version

Im Einfluss der Aufklärungsphilosophie und ihrer Orientierung am Zweck- und Lustprinzip wurde das sozialethische Argument utilitaristisch ausgelegt. Ausgehend vom Grundgedanken des Utilitarismus, dass die Moralität von Handlungen am Grad der Maximierung des Nutzens für die Gesellschaft zu messen ist, wird die moralische Legitimität des Suizids zurückgewiesen mit der Begründung, dass der Suizident der Gesellschaft Nutzen entzieht, insofern seine Arbeitskraft, Pensionsbeiträge und dgl. verloren gehen.

Es leuchtet allerdings leicht ein, dass diese These nur bedingt anwendbar ist. Denn nicht jeder Suizident bringt durch sein Weiterleben überwiegend Vorteile in die Gesellschaft ein. Zudem ist – bleibt man in der utilitaristischen Logik – dabei immer das Prinzip der Wechselseitigkeit anzuwenden, d.h. es gilt zu beachten, dass der Suizident ja umgekehrt auch auf manche ihm aus dem Weiterleben erwachsenden Vorteile bzw. ihm zustehenden Leistungen seitens der Gesellschaft verzichtet. Bringt sich ein junger Pensionist um, dann erspart er der Pensionskasse hohe Ausgaben. Die Unhaltbar-

keit des Nützlichkeits-Arguments zeigt sich nicht zuletzt auch aus der von ihren Vertretern offensichtlich bewusst in Kauf genommenen Inkonsequenz. Denn folgerichtig müsste man – worauf etwa *Hume* (Hume 2000, 97f.) aufmerksam macht – von jenen, die der Gesellschaft überwiegend zum Nachteil gereichen, umgekehrt verlangen, sich umzubringen, oder es zumindest begrüßen, wenn sie es tun. Bei J.-J. Rousseau (1712-1778) begegnet dieses Argument tatsächlich zwar nicht als Forderung, wohl aber als Begründung für eine teilweise Liberalisierung des Suizidverbots. Der Fall, dass ein Mensch durch Krankheit oder Ähnliches für die Gesellschaft nicht mehr von Nutzen sein und seine Pflichten gegenüber der Kommunität nicht mehr erfüllen kann, ist für ihn der einzige Grund, einem Suizid aus moralischer Sicht zuzustimmen (vgl. Decher 1999, 66ff.).

In diesen Kontext sind auch die *institutionalisierten Formen des Selbstmords* zu stellen, die der Entlastung des Sozialsystems bzw. der Erhöhung der Überlebenschancen eines Volkes dienen, wie etwa die Sati-Tradition, der lange übliche indische Brauch der Witwenverbrennung (vgl. Mischler 2000, 148-157), oder die Selbstentsorgung der Alten bei den Eskimos.

d) altruistische Version

In dieser Variante wird das sozial-ethische Argument entweder auf die Basis des Kontraktualismus oder die des Solidaritäts- und Respektgedankens gestellt. Kontraktualistisch gewendet besagt das Argument, dass jeder Mensch einfach dadurch, dass er lebt und von der Integration in die Gemeinschaft profitiert, seinerseits auch gewisse moralische Verpflichtungen gegenüber einzelnen Mitmenschen und der Gesellschaft im Ganzen übernimmt. In diesem Sinn werden also soziale Bindungen als eine Art freiwillig eingegangene vertragliche Verpflichtung betrachtet. *Denis Diderot* (1713-1784), der Hauptvertreter der Enzyklopädisten, fasst diesen Gedanken in den Imperativ: „Handle so, dass alle deine Handlungen auf deine *Selbsterhaltung* und auf die *Erhaltung* der anderen abzielen!“ (Diderot 253) In zeitgenössischen Fassungen tritt der Gedanke des Respekts und der Solidarität in den Mittelpunkt (*Gavin Fairbairn*). Menschliches Handeln ist dann moralisch vertretbar, wenn es dem anderen keinen materiellen, psychischen oder physischen Schaden zufügt. Dieser Punkt bildet auch die Grenze der moralischen Legitimität des Suizids.

4.3. Berufung auf die Natur des Menschen

Schon seit der Antike rekurrten die Philosophen immer wieder auf die Natur des Menschen, um moralische Verhaltensnormen zu begründen. Da „**Natur**“ ein äußerst vielfältiger und schillernder Begriff ist, der je nach philosophischer Einbettung die unterschiedlichsten Bedeutungen haben kann, ist es besonders wichtig, in diesem Zusammenhang gut zu differenzieren.

Im Hinblick auf unser Thema lautet die These ganz allgemein: Suizid ist moralisch verboten, weil er auf einem unnatürlichen, wider die eigene Natur (und Vernunft) gerichteten Verhalten beruht.

Den ontologischen Hintergrund der diversen Formen des

Naturrechtsarguments, ohne den diese nicht verständlich sind, bildet das Axiom, dass der Mensch mit einem natürlichen Selbsterhaltungstrieb ausgestattet sei.

4.3.1. Selbsterhaltungsargument

Die Verwerfung des Suizids durch den Aufweis, dass dieser der Natur des Menschen widerspreche, ruht auf dem Grundgedanken, dass der Mensch von Natur aus danach strebe, sich am Leben zu erhalten.

Dieser Gedanke spielt schon in der Antike eine bedeutende Rolle. Sehr nachhaltig bestimmt er die Tugendlehre der **Stoa**: Nach stoischer Auffassung ist die gesamte Natur mit einem natürlichen Impuls zur Selbsterhaltung, mit einem Urtrieb zu Selbstfindung und Selbsterfüllung ausgestattet, der die einzelnen Wesen dazu antreibt, sich das je Eigene und Entsprechende (Naturgemäße) an- und zuzueignen. Ziel dieses Prozesses – *oikeiôsis* genannt – ist der Zustand des harmonischen Selbstseins auf der Basis des bewussten Vertrautseins mit sich selbst und der Zueignung des je individuellen und artspezifischen Eigenen (*oikeion*). Darin besteht gleichzeitig das Glück des Menschen. Das erste und grundlegende Eigene ist für jedes Lebewesen der Bestand seines Seins (*systasis*) und ein Mitwissen (*syneidesis*) davon (DL VII, 85). Die Stoa lässt den Weg offen. Ist das Ziel des guten Lebens in aussichtslose Ferne gerückt, kennt sie auch die vernünftige Lösung des „wohlerwogenen Lebensabgangs (*eûlogos exagôgê*)“, der unter Umständen sogar zur Pflicht werden kann. „Patet exitus!“ (De providentia VI, 7), sagt *Seneca*. Leben und Tod sind in sich wertneutral, ein Adiaphoron, das auf Moralität und Tugend hin grundsätzlich gleichgültig und indifferent ist. Entscheidend ist die Qualität des Lebens. Deswegen gilt: „Malum est in necessitate vivere: sed in necessitate vivere necessitas nulla est (Schlimm ist es, in der Not zu leben: aber in der Not zu leben, ist keine Notwendigkeit).“ (Seneca, Ep. ad Lucil. 12, 10)

Während die antike Auffassung der natürlichen Anlage zur Selbsterhaltung durchaus einen rationalen Entschluss zum Suizid offen lässt, ist das in der neuzeitlichen Philosophie unmöglich. **Spinoza** schafft dafür die ontologische Grundlage (vgl. Bauer 1989, 41-48). Er betrachtet den Selbsterhaltungstrieb als das wirkliche Wesen eines jeden Dinges selbst (*ipsius rei actualis essentia*) (Eth III, 7). „Jedes Ding strebt, soviel an ihm liegt, in seinem Sein zu verharren“ (Eth III, 6), kann also demnach nur von einer äußeren Ursache zerstört werden (Eth III, 4). Das gleiche Streben, im eigenen Sein auf unbestimmte Dauer zu verharren, beseelt auch den Geist, der sich dessen überdies bewusst ist (Eth III, 9). Da die Vernunft nur danach verlangt, was die Natur zur Vollkommenheit führt (Eth IV, 18), Tugend aber das Vermögen ist, sich in seinem Sein zu erhalten (Eth IV, 20), erscheint es Spinoza unmöglich und absolut unvernünftig, dass der Mensch von sich bzw. von seiner Natur aus danach streben könnte, seine Existenz zu vernichten (Eth IV, 20.Sch). Da müssten schon gravierende äußere Ursachen im Spiel sein.

Der Suiziddiskurs auf der Basis des Selbsterhaltungsgedankens hat den Mangel, dass er sich zu sehr auf das

Leben als physisches Gut fixiert und übersieht, dass Leben vom Menschen nur dann existentiell als Leben empfunden wird, wenn es auch entsprechende psychische und geistige Qualitäten aufweist. Zudem unterliegt die Argumentation der fragwürdigen naturalistischen Annahme, dass menschliches Handeln allein durch den natürlichen Drang zur Selbsterhaltung bzw. Selbstvernichtung gesteuert werde.

4.3.2. Naturrechtliche Argumentationen

a) Natur als allgemeines Naturgesetz

Versteht man in dem Argument, der Suizid stehe im Widerspruch zum Naturrecht, unter Naturrecht das universale Naturgesetz, dann stößt man dabei auf die Schwierigkeit, dass das Streben nach Selbsterhaltung offensichtlich kein generelles Naturgesetz sein kann, das als solches keinen normativen, sondern bloß deskriptiven Charakter hat. Als Naturgesetz dieser Art wäre es durch jeden konkreten Fall der Nichteinhaltung falsifiziert. Nun ist aber nicht zu leugnen, dass Suizide tatsächlich geschehen. Der Selbsterhaltungstrieb kann also kein universales Naturgesetz sein.

b) Natur als Wesen des Menschen

Unter der Voraussetzung, dass man unter Natur das Wesen des Menschen versteht, wird der Suizid als Handlung gesehen, die dem Wesen des Menschen widerspreche. Denn das Wesen des Menschen bestehe gerade im ursprünglichen Streben, sich in seinem Sein zu erhalten (vgl. *Spinoza*). Die Schwäche dieses Arguments liegt darin, dass es sich bei dieser ontologischen These um ein empirisch nicht nachprüfbares Axiom handelt. Mit Blick auf die konkrete Wirklichkeit des menschlichen Lebens müsste man viel eher sagen, dass es zum Wesen des Menschen gehört, frei und verantwortlich zwischen Selbstsorge und Selbstvernichtung wählen zu können.

c) Natur als *lex naturalis* (nicht *lex naturae*)

Thomas von Aquin (*Summa theologiae* II/2, qu. 64, a. 5) führt als erstes Argument gegen den Suizid ins Treffen, dieser verstoße gegen die natürliche Neigung zur Selbsterhaltung und verletze damit das Gebot der Selbstliebe. *Thomas* spricht von einer „*inclinatio naturalis*“ zur Selbstliebe, der die natürliche Tendenz zur Selbsterhaltung entspringt. Unter natürlicher Neigung ist hier nicht ein ehernes Naturgesetz im modernen naturwissenschaftlichen Sinn zu verstehen, sondern eine essentielle Eigenschaft des Menschen, die aus seiner kreatürlichen Anlage hervorgeht.

Angesichts der – im Fall des *Aquinaten* tatsächlich verwirklichten – Möglichkeit eines Jenseitsglaubens und der Überzeugung, dass der Tod unter dieser Voraussetzung als „Übergang von diesem Leben zu einem glücklicheren“ (STh II/2, qu. 64, a. 5) betrachtet werden muss, büßt dieses Argument erheblich an Schlüssigkeit ein. Denn einen Menschen, der – aus welchen Gründen auch immer – in elenden oder psychisch kaum zu ertragenden Umständen sein Leben zu fristen hat, könnte gerade die Liebe zu sich selbst auf der Basis der Hoffnung auf ein glückliches Jenseits dazu bewegen, seine irdischen Zelte aus eigenen Stücken abzubauen.

4.3.3. Irrationalität des Suizids

Ein mit dem Naturrechtsgedanken eng zusammenhängendes Argument gegen den Suizid behauptet dessen Naturwidrigkeit aufgrund der Vernunftwidrigkeit. Sich selbst das Leben zu nehmen, sei völlig irrational, und widerspreche daher der menschlichen Handlungsnorm. Die Unvernünftigkeit wird in mehreren Überlegungen aufgezeigt:

a) Suizid aus Selbstliebe ist eine *contradictio in se ipso* (*Kant*)

Eine vielfach rezipierte Variante dieses Arguments entwickelt *Kant*. Ihm geht es dabei um eine negative Abgrenzung gegen den Eudaimonismus der Aufklärung, als dessen Grundmotiv er das Lustprinzip erkennt. Selbstmord aus Selbstliebe, d.h. sich selbst zu töten, um das Übel der eigenen Lebenssituation nicht weiter ertragen zu müssen, widerspricht seiner Ansicht nach eben dieser Selbstliebe bzw. der wahren Selbstliebe, deren Wesen darin besteht, das Leben zu fördern. In der *Maxime*, Selbstmord aus Selbstliebe zu begehen, wird also ein Selbstwiderspruch der Natur grundgelegt. Demzufolge ist sie aber ungeeignet, Prinzip des allgemeinen Sittengesetzes zu sein. Und aus diesem Grund kann sie auch nicht als moralisch legitim betrachtet werden.

Analog zur genuin *Kantischen* Gestalt kann dieses Argument auch im Hinblick auf die Selbsterhaltung als der notwendigen Bedingung der Möglichkeit für die Erfüllung menschlichen Glücksstrebens ausgeführt werden (vgl. *Sommer* 1977, 23; *Wittwer* 2003, 150). Da ich nur solange ich lebe, die Chance wahrer, glücklich zu werden, muss ich vernünftigerweise danach trachten, mich selbst so weit als möglich zu erhalten. Suizid ist also widersprüchlich. Er will die Möglichkeit des Glücks offenhalten bzw. das Glück erreichen und zerstört aber *eo ipso* die unverzichtbare Bedingung dieser Möglichkeit.

Dieses Argument geht von der letztlich aristotelischen Prämisse aus, dass jeder Mensch von Natur aus nach Glück als dem letzten inklusiven Lebensziel strebe. Es problematisiert weder die Unbestimmtheit dessen, was Glück ist, noch die Tatsache, dass menschliches Handeln sich bisweilen auch an Werten (z.B. der Verantwortung für andere) orientiert, die auf Kosten des eigenen Glücks gehen. Vor allem aber wird hier nicht beachtet, dass es für einen Menschen unter bestimmten Umständen auch ausschließlich negative Zukunftsaussichten (unheilbare Krankheit, Vereinsamung, schwere Schuld und dgl.) gibt, die – zumindest aus subjektiver Perspektive – nichts anderes als den dauernden Zustand des Unglücklichseins verheißen. In diesem Fall ist eine gründliche Güterabwägung, die nicht leicht fallen wird, angebracht, um den Lebenswert der Zukunft zu eruieren.

b) Unerkennbarkeit des Todes

Eine andere Variante des Irrationalitätsarguments des Suizids geht von der These aus, dass man beim menschlichen Handeln von einer vernünftigen Entscheidung nur dann sprechen kann, wenn das Subjekt weiß, wofür es sich entscheidet. Der Tod lässt sich aber auf Grund seiner Irreversibilität nicht erleben. Der Mensch weiß also nichts vom Tod und dem Zustand danach. Das bedeutet, dass es ausgeschlossen

erscheint, sich aus vernünftigen Gründen für den Tod zu entscheiden. Oder anders gesagt: Suizid ist eine irrationale Handlung. Dieses Argument tritt sowohl unter Voraussetzung eines Jenseitsglaubens (z.B. bei Descartes) als auch vor dem Hintergrund eines reinen Immanentismus (vgl. Devine 1998) auf.

Gegen diese Argumentation ist einzuwenden, dass das Nichterleben des eigenen Todes nicht impliziert, überhaupt keinen Begriff bzw. keine Vorstellung vom Totsein zu haben. Eine gewisse Vorstellung von Totsein ergibt sich zumindest aus der Negation des Lebendigseins. Zudem kann es auch andere vernünftige und wissbare Gründe geben, die den Suizid rational erscheinen lassen, etwa das Ende der jetzigen unerträglichen Lebenssituation oder des psychischen Schmerzes.

c) Tod als Übel kann nicht Inhalt menschlichen Strebens sein

Menschliches Streben ist nach alter aristotelischer Auffassung immer auf ein Gutes (bonum) ausgerichtet. Der Mensch handelt demnach immer sub ratione boni. Sich selbst absichtlich Schaden zuzufügen oder Böses anzutun, widerspricht diesem Urprinzip menschlicher Vernünftigkeit. Nun ist der Tod aber für den Menschen ein Übel, so dass es klar erscheint, dass Suizid irrational ist.

Das Problem dieser Argumentation liegt darin, dass die Feststellung, was für einen Menschen ein Übel ist, nur subjektiv entschieden werden kann. In Bezug auf den Tod hängt es wohl von den konkreten Lebensaussichten und Lebensansprüchen ab, ob er als Übel oder als Erlösung oder zumindest als das geringere Übel eingestuft wird. Für *Epikur* war bekanntlich der Tod an sich im Grunde völlig bedeutungslos. Seiner Meinung nach gelte es nur die Endlichkeit als solche zu akzeptieren und das unvernünftige Streben nach Unendlichkeit aufzugeben.

4.3.4. Krankheitsargument

Unter der Voraussetzung, dass es dem natürlichen Drang und der Vernünftigkeit des Menschen entspricht, sein Leben zu erhalten, seinem Leben dagegen ein Ende zu setzen sowohl der Natur als auch der Vernunft widerspricht, lässt sich Suizid sinnvoll nur erklären, wenn der Mensch krank ist. Diese Sicht findet sich etwa bei *Spinoza* und *Hobbes*. Die moderne, vom Naturrecht entkoppelte Sicht des Suizids als Krankheit klingt innerhalb der Philosophie wohl bei *Hume* an, voll Eingang in die philosophisch-humanwissenschaftliche Diskussion findet sie aber erst durch *Erwin Ringel*.

4.4. Slippery-slope-Argument (Dambruchargument)

Das „Argument des schlüpfrigen Abhangs“ – wie es wörtlich übersetzt heißt – behauptet, dass das Gutheißen einer für sich genommenen in begrenztem Maß moralisch akzeptablen Handlungsweise in der Praxis dazu führen könnte, dass auch andere moralisch verwerfliche Handlungen als erlaubt angesehen werden. Auf unser Problem übertragen besagt das Dambruchargument: Wenn der Suizid erlaubt ist, dann ist alles erlaubt, dann fallen alle durch die Moral gezogenen, zum Schutz der Würde und Integrität des Menschen errich-

teten Wälle und Grenzen. Will man also die Herrschaft moralischer Willkür verhindern, dann muss Suizid verboten sein.

Eine gewisse Berechtigung kann diesem Argument nicht abgesprochen werden, und zwar im Hinblick auf die Tatsache, dass Menschen, denen das eigene Leben nichts mehr wert ist, zu allem fähig sind und vor keinem moralischen Verbot mehr zurückschrecken. Die Selbstmordattentäter unserer Tage scheinen uns das dramatisch vor Augen zu führen. Andererseits baut das Slippery-slope-Argument zu sehr auf irrationalen Ängsten auf und erscheint als zu wenig logisch schlüssig, um Allgemeingeltung als moralisches Prinzip beanspruchen zu können. Denn die Bereitschaft bzw. der psychische Drang zum Suizid allein führt noch nicht zur Haltlosigkeit absoluter moralischer Willkür. Dazu braucht es auch die Bereitschaft und Neigung zum Verbrechen, die man Suizidenten im Allgemeinen nicht unterstellen kann. Das Phänomen der zum Massenmord bereiten Selbstmordattentäter muss als spezielle Konstellation dieses Problems betrachtet werden (vgl. Croitoru 2003; Reuter 2002).

5. Versuch eines Resümees

5.1. Moralphilosophisches Ergebnis

Wenn wir die Argumentationen von den verschiedenen philosophischen Positionen aus Revue passieren lassen, wird deutlich, dass die Frage, wie Suizid moralphilosophisch zu beurteilen und welche Einstellung ihm gegenüber moralisch vertretbar ist, sich als sehr diffizil erweist. Als generelles Ergebnis kann wohl festgehalten werden, dass es keine allgemeine Antwort darauf geben kann, und zwar aus folgenden Gründen:

a) Von Seiten des Subjekts her gilt:

Die Einschätzung des Suizids hängt wesentlich davon ab, von welchen moralphilosophischen, weltanschaulichen und anthropologischen Prämissen man ausgeht.

b) Im Blick auf das Objekt der Frage gilt:

Der Suizid ist ein äußerst komplexes Phänomen, dem man nur durch eine differenzierte Sicht gerecht werden kann. Dazu ist es unerlässlich, einerseits die verschiedenen Arten von Suizid zu unterscheiden – zu diesem Zweck empfiehlt es sich, v.a. auf die Studien von *Émil Durkheim* und *Jean Baechler* zurückzugreifen – und andererseits der je individuellen Eigenart und den je einmaligen Rahmenbedingungen des konkreten Einzelfalls Rechnung zu tragen. Es kann also vernünftigerweise nicht eine allgemein gültige Beurteilung des Suizids schlechthin geben. Man kann letztlich nur für den einzelnen Suizid je für sich die moralische Legitimität klären. Deshalb ist es aber nicht ausgeschlossen, an Hand von groben Richtlinien quasi konditional eine gewisse Voreinstellung zum Suizid einzunehmen.

Die moralphilosophische Diskussion zeigt, dass sich ein striktes generelles Suizidverbot moralisch nicht überzeugend begründen lässt (vgl. Wittwer 2003, 396f.). Je nach ideellen Vorannahmen erscheint die Selbsttötung sogar unter gewissen Umständen für sich allein genommen moralisch unbedenklich. Erst aus der Einbeziehung der theologischen und

sozial-ethischen Argumente ergeben sich **Grenzen für die moralische Legitimität des einzelnen Suizids.**

a) Für einen Menschen, der an einen persönlichen Gott glaubt, ergibt sich zumindest die Forderung, in einer Weise mit dem Geschenk des Lebens umzugehen, die er in seinem Gewissen vor Gott verantworten kann. Zugleich weitet sich vor dem Hintergrund einer Theologie des Leidens möglicherweise der Blick für tiefere Dimensionen des Lebens.

b) Ausnahmslos für jeden Menschen wird die Freiheit, sich selbst zu töten, durch die Verantwortung für die betroffenen Mitmenschen eingegrenzt. Aus der Frage, wer durch meine Tat psychisch verletzt und in seiner materiellen und psychischen Existenz bedroht, vielleicht sogar selbst in den Tod getrieben wird, ergeben sich für den Einzelfall vermutlich viele ernstzunehmende moralische Bedenken gegen den Suizid.

c) Ein schlüssiges generelles Suizidverbot kann aus Kants Argument der Autonomie der sittlichen Vernunft abgeleitet werden, das darauf hinausläuft, dass das moralische Gesetz um seiner selbst willen erfüllt werden muss, ohne Rücksicht auf subjektive Neigungen und Interessen des Betroffenen. Doch auch dieses Argument ist nicht voraussetzungslos. Es beruht im Letzten auf der (rationalistischen) Annahme einer überindividuellen, apriorisch vorprogrammierten Vernunft, die unseres Erachtens der Konkretheit, Individualität und heute vielfach diskutierten Vielfalt der Vernunft nicht gerecht wird und die Selbstbestimmung der Person durch heteronomielastige Universalitätsstrukturen wieder unterläuft.

Lässt sich aber eine strikte moralische Illegitimität und ein generelles Verbot des Suizids nicht begründen, dann muss auch umgekehrt die Frage nach den **Grenzen des moralischen Rechts auf Suizidprävention und –intervention** gestellt werden. Die Frage lautet: Ist (gewaltsame) Suizidverhütung eine humanitäre Aufgabe, die keiner weiteren Begründung bedarf (*Holderegger*) und daher in jedem Fall erlaubt ist? Darf jemand gegen seinen ausdrücklichen Willen um jeden Preis am Leben erhalten werden?

In dieser Problematik stehen einander das grundlegende Recht der einzelnen Person auf Selbstbestimmung und die moralische Pflicht, das Leben oder eben diese Person vor sich selbst zu schützen, gegenüber.

a) Sind die biographischen Daten und die derzeitige psychische Verfassung des Suizidenten sowie die näheren Umstände und die soziale Situation des Suizidenten nicht bekannt, dann ist es – im Hinblick auf die Unumkehrbarkeit der Folgen einer solchen Tat und zum Schutz des zu vermutenden Eigeninteresses – moralisch berechtigt, ihn vom Suizid abzuhalten und damit sein Selbstbestimmungsrecht einzuschränken. *Héctor Wittwer* bringt diese Überlegung auf die Formel „**In dubio pro vita!**“ (*Wittwer* 2003, 382ff.).

Dieser Grundsatz gilt auch für den Fall, dass man um eine transitorische psychische Dekompensation des Suizidenten weiß, die sehr häufig mit der Unfähigkeit verbunden ist, die eigene Lebenssituation und die zu erwartenden Zukunftsaus-

sichten realistisch und nicht nur einseitig pessimistisch zu beurteilen. Ähnlich wie vorher schützen hier die Helfer – natürlich auf der Basis ihrer subjektiven Einschätzung der realen Möglichkeiten des Suizidenten – den Lebensmüden vor sich selbst, indem sie die ihm unterstellten langfristigen Lebensinteressen gegen dessen vorübergehende destruktiv-pessimistische Impulse sichern.

b) Schwieriger wird die Entscheidung, wenn sich herausstellt, dass die Suizidalität nicht bloß vorübergehend und krisenbedingt ist, sondern einer nüchternen Grundstimmung und Überzeugung einer voll zurechnungsfähigen Person entspringt. Darf in diesem Fall das Selbstbestimmungsrecht auf Dauer gewaltsam beschnitten werden? Oder muss es in gewissen Fällen heißen: „**De principiis pro libertate!**“? Lässt sich also mit Gewissheit der freie und feste Willen eines Menschen feststellen, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, dann sollte unter Rücksicht auf das moralische Prinzip der Selbstbestimmung der persönlichen Freiheit des Einzelnen das Vorrecht eingeräumt werden.

Die eigentliche Schwierigkeit dieser Maxime liegt darin, dass man es von außen wohl nur sehr schwer beurteilen kann, ob und wann es in der Realität wirklich der Fall ist, dass in einem Menschen die Entscheidung zum Suizid aus reiner Freiheit und reifer Überzeugung, also ohne jegliche krisenbedingte Beeinträchtigung, getroffen wurde, so dass sie im Hinblick auf das Recht auf Selbstbestimmung zu respektieren ist. Es müssen laute Zweifel angemeldet werden, ob eine in dieser Weise freie Entscheidung je bei einem Menschen in suizidaler Enge möglich ist. Lässt sich objektiv eine falsche Einschätzung der Zukunftsaussichten feststellen, dann steht die moralische Legitimität der Intervention außer Frage. Genauso unumstritten ist das Angebot medizinischer Hilfe, klärender Beratung oder therapeutischer Unterstützung.

Der ethische Grundsatz, bei offensichtlich vorliegender freier Entscheidung für den Suizid das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zu respektieren, sollte aber auf jeden Fall als regulatives Prinzip zur Anwendung kommen. Damit ist gemeint, dass bei überzeugt todeswilligen Menschen kritisch darauf geachtet werden sollte, dass die Person nicht total entmündigt wird. Denn unter diesen Umständen werden die personalen Fähigkeiten der Person, wie etwa Stellung nehmen und Entscheidung treffen zu können, und damit auch ihre Existenzfähigkeit erst recht untergraben. Zudem gilt es immer mit zu bedenken, dass wir über keinen allgemein gültigen Maßstab des guten Lebens verfügen. Die Kriterien dafür sind letztlich an den subjektiven Ansprüchen des Einzelnen zu messen. Die Gefahr, dem Suizidenten die eigenen Vorstellungen von Glück aufzuoktroieren, lauert im Tätigkeitsfeld der Krisen- und Suizidintervention stets latent im Hintergrund. Schließlich hat auch der kritische Einwurf sein argumentatives Gewicht, dass die Grenze zu anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen (Verweigerung lebensnotwendiger Medizin, exzessiver Alkohol- oder Nikotinkonsum, Risikosportarten und dgl.), die nicht selten von

einer latenten Todessehnsucht oder einem fatalistischen Defaitismus bestimmt sind und wo aus Rücksicht auf das Recht auf freie Selbstbestimmung nicht verhütend eingeschritten wird, nur sehr schwer zu ziehen ist.

5.2. Existenzanalytische Verortung

In einem letzten Schritt wollen wir versuchen, die Relevanz dieser moralphilosophischen Überlegungen für Theorie und Praxis der Existenzanalyse einzuholen. Dieses Unterfangen stößt auf zwei Schwierigkeiten: Zum einen stellt es uns vor die Aufgabe, die anthropologischen Grundlagen der Existenzanalyse in den Blick zu nehmen. Diese in extenso zu entfalten, würde aber den hier gebotenen Rahmen sprengen. Wir werden uns daher darauf beschränken, die wesentlichen Eckpunkte des existenzanalytischen Verständnisses menschlicher Existenz und die daraus sich erhellenden Implikationen für den Umgang mit suizidalen Menschen aufzuzeigen. Zum anderen besteht ein methodologisches Problem. Geht es der Moralphilosophie darum, vom Wesen und den Grundlagen des Sittlichen her Kriterien zu entwickeln, das Phänomen des Suizids der Würde und der Verantwortung des Menschen gemäß richtig einzuschätzen und daraus Konsequenzen für das konkrete ethische Verhalten zu ziehen, so versteht sich die Existenzanalyse primär als therapeutische Schule, deren Zugangsweise auf Probleme wie das des Suizids dezidiert phänomenologisch ist. Einem phänomenologischen Vorgehen entspricht es aber nicht, sich von eigenen Bewertungen, Einschätzungen und Deutungen der zur Sprache gebrachten Wirklichkeit leiten zu lassen. Man wird wohl nicht leugnen können, dass auch ein Existenzanalytiker, insofern er ein geistiges Wesen ist, eine je persönliche Einstellung zum Suizid hat. Eben diese hat er im Zuge der phänomenologischen Vorgangsweise im Sinne der Epoché jedoch einzuklammern, was übrigens nur gelingen kann, wenn er sie auch kennt und benennen kann und sich nicht der Illusion hingibt, keine zu haben. Unter der Voraussetzung der Phänomenologie ist die Existenzanalyse daher darauf bedacht, dem Phänomen des Suizids und dem davon betroffenen Menschen offen zu begegnen, d.h. zusammen mit dem Klienten zu sehen und zu verstehen, was sich da zeigt. Das therapeutische Ziel solchen Vorgehens besteht darin, auch beim suizidalen Menschen den Mut und die Bereitschaft zu wecken, dem Leben und sich selbst zu begegnen. Was sich seinem schauenden und begegnenden Akt nun zeigt, was sich ihm zuspricht und wie es von ihm verstanden wird, das bleibt völlig offen. Es kann dem suizidalen Mensch gelingen, auf diesem Weg zu seinem Leben – wenigstens ansatzweise – wieder Nähe aufzunehmen und ihm auf die Spur zu kommen, die Begegnung kann aber auch scheitern. Beide Akte, das Ja zum Weiterleben wie auch das Ja zum Beenden dieses Lebens, sind Ausdruck der Freiheit des Menschen und als solche personale Akte.

Bereits die kurz angeschnittenen Implikationen der phänomenologischen Zugangsweise zum Suizidproblem geben essentielle Züge jenes Menschenbildes zu erkennen, das den philosophisch-anthropologischen Horizont der Existenzanalyse absteckt. Zudem zeichnet sich ab, dass das hier aufleuchtende Verständnis des Menschen an denselben anthro-

pologischen Grundkonstanten anknüpft, die auch den hinführenden Bemerkungen zum Suizid (Kap. 1 und 3) sowie den abschließenden moralphilosophischen Überlegungen (Kap. 5.1) zu Grunde liegen.

5.2.1. Frankls logosorientierte Anthropologie

Im Mittelpunkt der existenzanalytischen Anthropologie steht von ihren Frankl'schen Ursprüngen her die Überzeugung, dass der Mensch Person ist (Frankl 1996, 144-158). Hinsichtlich des näheren Verständnisses dessen, worin das Personsein des Menschen begründet ist, in welcher existentiellen Dynamik es zum Ausdruck kommt und was es für den konkreten Lebensvollzug des Menschen bedeutet, gab es allerdings – wie wir weiter unten noch deutlicher sehen werden – seit Frankl innerhalb der Existenzanalyse gewichtige Weiterentwicklungen (Längle 1999b).

Nach Frankl ist der Mensch Person „kraft der Tatsache, dass er nicht nur *ein Mensch unter anderen*, sondern auch *anders als alle anderen* ist – und dass er in diesem seinem Anderssein gegenüber allen anderen etwas Einmaliges und Einzigartiges ist“ (Frankl 1987, 202). Die Einzigartigkeit der Person und die in der Endlichkeit des Lebens gründende Einmaligkeit jeder Situation verleihen der menschlichen Existenz den ihr eigentümlichen Aufgabencharakter. In diesem Sinn ist das Leben Gabe und Aufgabe (Auftrag) zugleich. Den aktuellen Vollzug des Personseins sieht Frankl ähnlich wie die Existenzphilosophie dem Appell unterworfen, die je eigenen „einzigartigen und einmaligen Möglichkeiten zu verwirklichen“ (Frankl 1987, 91). Das Dasein des Menschen ist aufgrund seines Personseins daher untrennbar verbunden mit Freiheit und Verantwortung. Der Einzelne steht jeweils in einer einmaligen geschichtlichen Situation und ist gegenüber dem Anspruch ihrer Möglichkeiten in seiner Freiheit und Verantwortung unvertretbar. Sein Dasein ist keine Faktizität, sondern Existenz, kein bloßes Vorhandensein von bestimmten Tatsachen, sondern ein „mögliches Sein“ oder, wie Jaspers sinngemäß sagt (Jaspers 1984, 119), ein „entscheidendes Sein“, d.h. ein Sein, das sich – allerdings auf dem Fundament der eigenen Realität und des bisherigen Gewordenseins (Längle 1999a, 33f.) – immer erst entscheidet, was es ist und sein wird. Ein Sein, dessen Wirklichkeit Möglichkeit ist, das geprägt ist von ewiger Unabgeschlossenheit und undispensierbarer Sich-selbst-Aufgegebenheit (Frankl 1987, 120), ist Freisein. Ist der Mensch aber in dieser Weise frei, dann auch verantwortlich für seine Existenz. Für Frankl ist daher menschliches Dasein im Kern „ein Verantwortlichsein angesichts seiner Endlichkeit“ (Frankl 1987, 118). Diese Verantwortung dem Menschen bewusst zu machen ist das Grundanliegen der Frankl'schen Existenzanalyse (Frankl 1959, 718).

Die ontologische Voraussetzung für diese Form freier Existenz sieht Frankl in der Tatsache, dass der Mensch nicht nur durch ein Psychophysikum, nicht allein durch Seele und Leib konstituiert ist, sondern wesentlich durch Geist. Der Spielraum der Freiheit, den der Mensch als Person trotz bzw. in all seiner psychophysischen Bedingtheit hat, seine „Autonomie trotz Dependenz“, wie Frankl mit N. Hartmann immer wieder betont (u.a. Frankl 1959, 680; 1996, 111), ist dessen

Meinung nach ein unbezweifelbarer Beweis für die Geistigkeit der Person (Frankl 1996, 110). „Sofern der Mensch Geist ist, existiert er als Person.“ (Frankl 1996, 117) Im Unterschied zur psychophysischen Faktizität ist der Mensch als „geistig-existentielle Person“ ein „Individuum“, ein „Insummabile“ und ein „Novum“ (Frankl 1959, 667; 1996, 110), d.h. seine Existenz ist unteilbar, unverschmelzbar und unübertragbar. Im Geistsein und dem besonderen Verhältnis des Geistes zum Psychophysikum erkennt Frankl das spezifisch Humane (Frankl 1996, 34). Diese Dimension eröffnet der Person die spezifisch menschliche Fähigkeit zu Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz. In ihnen offenbart sich die personale Qualität der Freiheit als Freiheit vom eigenen Sosein, wie sie dem Menschen vor allem in der Selbstbesinnung erfahrbar wird, und als Freiheit zum Anders-werden, die in der authentischen Selbstbestimmung zum Ausdruck kommt (vgl. Frankl 1996, 145).

Die Dynamik, die dem Menschenbild der ursprünglichen Existenzanalyse zu Grunde liegt, folgt – wie hinlänglich bekannt ist und aufgewiesen wurde (Längle 1999b) – dem Konzept eines von Frankl selbst so genannten „*psycho-noetischen*“ bzw. „*noo-psychischen Antagonismus*“ (Frankl 1959, 666 bzw. 682; 1996, 148). Er erkennt als Spezifikum des Menschen den Umstand, dass es beim Menschen anders als beim Tier neben dem „obligaten psychophysischen Parallelismus“ auch noch einen „fakultativen psychonoetischen Antagonismus“ gibt (Frankl 1996, 148), die zusammen die leiblich-seelisch-geistige Ganzheit des Menschen ausmachen. Der Mensch ist also wesentlich eine Ganzheit der drei Dimensionen Leib-Seele-Geist, die sich gegenseitig durchwirken. Frankl betont aber mit großem Nachdruck wiederholt, dass im Blick auf die Ganzheit die klare Differenzierung der verschiedenen Dimensionen nicht vernachlässigt werden darf. Der Mensch ist für Frankl also ganz wesentlich eine „Einheit trotz Mannigfaltigkeit“ (Frankl 1987, 46). Seine Einheit besteht weniger darin, dass er sich aus Leib, Seele und Geist zusammensetzt, als vielmehr darin, dass sich das Geistige mit dem Leiblichen und Seelischen auseinandersetzt (Frankl 1996, 112). Wenngleich Frankl bisweilen von einer bloß heuristischen Trennung der Dimensionen bei bestehender realer Einheit der ganzheitlichen menschlichen Existenz (Frankl 1959, 685; 1987, 40; 1996, 147) und von einem „geistigen Apriori“, das alles Leibliche und Seelische zu einem spezifisch menschlichen macht (Frankl 1959, 681f.), spricht, wird er nicht müde, (gegenüber den diversen Reduktionismen seiner Zeit) die „Eigengesetzlichkeit alles Geistigen“ (Frankl 1987, 38) und dessen ontologische Diversität und Inkommensurabilität mit dem Seelischen und Leiblichen zu betonen. Das Geistige ist wesentlich ein Sich-Abgrenzendes, als Existenz von der Faktizität und als Person, die der Mensch „ist“, vom Charakter, den er „hat“ (Frankl 1959, 685). Den Menschen als geistige Person zeichnet daher vornehmlich die Fähigkeit aus, sich vom faktisch vorliegenden Psychophysikum und seiner Dynamik distanzieren (Frankl 1996, 147) und auf Wert-geschätztes (Geliebtes) hin transzendieren zu können (Frankl 1987, 201ff.).

Die These von der „geistigen Freiheit“ des Menschen im

Sinne der „Trotzmacht des Geistes“ gegenüber den psychophysischen Bedingtheiten menschlicher Existenz (Frankl 1959, 684f.; 1996, 110) bildet einen Kernsatz der Anthropologie Frankls, und das sowohl in theoretischer als auch in therapeutischer Hinsicht (vgl. Raskob 2003, 183-189). Auf ihr basiert letztlich der Anspruch, mit seinem Ansatz eine Rehumanisierung der Psychotherapie zu betreiben. Darüber hinaus liegt in ihr aber auch der Schlüssel zur Praxis logotherapeutischer Arbeit (Fintz-Müller 2002, 144-169). Frankl wörtlich dazu: „Der noo-psychische Antagonismus ist (...) von exquisiter therapeutischer Relevanz.“ (Frankl 1996, 148). Die in dieser Fähigkeit sichtbar werdende „Mächtigkeit“ und „Dynamis“ der geistigen Person, in der sich eine letzte „Unbedingtheit des Geistigen“ offenbart (Frankl 1996, 110), ist die Voraussetzung dafür, dass Logotherapie und Existenzanalyse das sein können, was sie im Sinne Frankls eigentlich sein sollen, nämlich „Therapie vom Geistigen (Logos) her und auf Geistiges (existentielle Person) hin“ (Frankl 1996, 108).

Die eben skizzierten Grundpositionen der Anthropologie Frankls bestimmen auch seine Stellungnahme zum Problem des Suizids. Unter besonderer Bedachtnahme auf die Dimension des Geistig-Personalen menschlicher Existenz erkennt er es als oberstes Gebot jeglichen therapeutischen Bemühens, dem suizidalen Menschen unter allen Umständen und in allen Fällen die „Sinnwidrigkeit des Selbstmordes“ und die „unbedingte Sinnhaftigkeit des Lebens (...) zu beweisen“ (Frankl 1987, 89). Der Suizid ist sinnlos, da er in keinem Fall ein Problem wirklich lösen kann, im Gegenteil dem Menschen die Chance nimmt, in Auseinandersetzung mit der problembeladenen Faktizität des Lebens seine Existenz als geistige Person genuin menschlich zu verwirklichen. Als solches ist Suizid die Negation der Freiheit. Nach Frankl können und sollen aber auch in der Extremsituation der Suizidalität der psychonoetische Antagonismus und die Trotzmacht des Geistes zum Tragen kommen. Der Mensch ist frei, auch noch gegenüber schier unerträglichem Leid und gnadenlosem Schicksal Stellung zu beziehen. Er kann es als sinnerfüllend erleben, trotzdem Ja zum Leben zu sagen und sich als Person darin zu seiner Vollendung zu bringen. Dieser Gesichtspunkt regt Frankl dazu an, die Aufgabe der (hier klassisch logotherapeutisch operierenden) Suizidintervention nicht darin zu sehen, primär die Ursachen des Unglücklichseins aus der Welt schaffen zu wollen, sondern vielmehr den lebensmüden Menschen beizubringen, „ein gut Stück Sinn ihres Lebens gerade darin zu sehen (...), dass sie ihr Unglück innerlich überwinden, an ihm wachsen, sich ihrem Schicksal gewachsen zeigen, auch dann, wenn es ihnen etwas versagt“ (Frankl 1987, 90). Frankl, der offensichtlich ausschließlich jene Form der Suizidalität vor Augen hat, die als Folge einer akuten Belastungsreaktion auftritt, setzt bei seiner Intervention also vor allem auf die innere Überwindung der Notsituation kraft der sinnorientierten Trotzmacht des Geistes. Dabei steht unausgesprochen auch der Gedanke der mit seinem Begriff des Geistigen verbundenen (moralischen) Pflicht im Raum. Im Blick auf diese besondere Fähigkeit und Verantwortung des Menschen vertritt Frankl die Überzeugung, dass Suizid letztlich „niemals gerechtfertigt“ ist (Frankl 1987, 89). Das

subjektive Empfinden für die Qualität des je eigenen Lebens und die vielen, im emotionalen Erleben liegenden und durch geistige Sinnzuschreibung und freie Willensentscheidung nicht zu heilenden Wurzeln der Suizidalität finden zu wenig Beachtung.

5.2.2. Anthropologie der neueren Existenzanalyse (Längle)

Die Existenzanalyse ist und war keine homogene Psychotherapieschule (Raskob 2003, 21-134). Vielmehr lassen sich hinsichtlich ihrer Anthropologie und therapeutischen Methodologie gravierende Weiterentwicklungen aufzeigen, die zum Teil in einer Kritik an Frankls Lehre ihren Ausgang nahmen. Aufgrund des inhaltlichen Gewichts ist es angebracht, diese Reformbewegung hier eigens zu Wort kommen zu lassen.

So bedeutsam die Betonung der „bedingten Freiheit“ (Frankl 1959, 686f.) des Menschen in der Auseinandersetzung mit Psychologismus und Soziologismus um die Mitte des 20. Jahrhunderts auch war, weist die ontologische und anthropologische Begründung dieses Gedankens doch eine Tendenz auf, die den Vertretern der modernen Existenzanalyse zu Recht anthropologisch bedenklich erscheint. Es war vor allem A. Längle, der daran ging, Frankls Begriff des Geistigen mit seiner Idealisierung und Abhebung vom Psychophysischen kritisch zu beleuchten. Er kam dabei zu dem Schluss, dass Frankls Anthropologie „ihrem Wesen nach dichotom“ (Längle 1999b, 19) ist. Unter philosophischem Gesichtspunkt muss man noch pointierter sagen, dass sie in der Tat dualistische Züge trägt. Mit seiner Dimensionalontologie weist Frankl wohl über den cartesianischen Dualismus in gewissem Maß hinaus, von dessen Überwindung zu sprechen (Fintz-Müller 2002, 151), erscheint aber übertrieben. Wohl betont Frankl, dass uns geistige Existenz nicht anders als in Koexistenz mit dem Psychophysikum bekannt ist (Frankl 1996, 133f.) und der Mensch bis in seine Leiblichkeit hinein immer schon vom Geist geprägt ist (Frankl 1987, 50), dem faktischen Zueinander von psychophysischer Faktizität und Geistigem verleiht er nichtsdestotrotz die ontologische Struktur eines dualistischen Überordnungs- und Abhängigkeitsverhältnisses.

Das sei exemplarisch an einigen wenigen Punkten angedeutet. Zum einen entwickelt Frankl den Gedanken der geistigen Freiheit des Menschen gegenüber dem psychophysischen Organismus bewusst in Abgrenzung gegenüber Spinozas monistischem Konzept des psychophysischen Parallelismus (Frankl 1996, 125). Abgesehen davon, dass Frankl mit seinem Begriff des Geistigen keine absolut neue, bei Spinoza zur Gänze fehlende Seinsdimension einbrachte – denn Spinozas Parallelismus bezieht sich auf das Verhältnis von Körper und Geist („essentia formalis“ und „essentia objectiva“, ausgedehntem Sein und geistigem Sein) (Bauer 1989, 36-41), schließt also jene Wirklichkeit mit ein, die unter anderen Elementen auch unter Frankls Begriff des Geistigen fällt (Frankl 1959, 670f.) –, abgesehen davon also wird klar, dass er mit seinem Gegenkonzept ungewollt die Problemlage, auf die Spinoza eine philosophische Antwort zu geben versuchte, nämlich Descartes' dualistische Aufspaltung des Menschen in eine „res cogitans“ und eine „res extensa“, übernimmt. Und es gelingt Frankl auch nicht wirklich, sich von dieser Vorgabe zu lösen und von Grund auf

philosophisch zu unterlaufen. Vielmehr finden sich Aussagen, die unverkennbar platonisch-dualistisches Denken widerspiegeln. So etwa betont Frankl im Sinne eines platonischen Essentialismus, dass das So-sein (essentia) überhaupt nicht angewiesen sei auf das Dasein (existentia), sondern – als von ihm völlig unabhängig – letzteres ontologisch übersteige (Frankl 1987, 172). Erschreckend klar tritt der Dualismus weiters dort zu Tage, wo das Verhältnis von Geist und psycho-physischem Organismus als instrumentelle Relation von Handelndem und Werkzeug beschrieben wird. „Die Beziehung zwischen geistiger Person und somatischem Organismus ist eine instrumentale; der Geist instrumentiert das Psychophysicum – die geistige Person organisiert den psychophysischen Organismus – ja, sie macht ihn überhaupt erst zu ‚ihrem‘, indem sie ihn zum Werkzeug macht, zum Organon, zum instrumentum. So kommt es denn, dass sich die geistige Person zu ihrem Organismus analog verhält, wie der Musiker zum ‚Instrument‘.“ (Frankl 1996, 107) Diese Formulierungen gemahnen an Platons Erzählung vom Wagenlenker (Geist) und den beiden Rössern (Begierde und Emotion), das er im *Phaidros* als Bild für die Beschreibung der seelischen Kräfte des Menschen verwendet. Ähnlich wie bei Augustinus ist nach Frankl der eigentliche Mensch allein die geistige Person, alles andere dagegen ist in Dienst zu nehmendes Werkzeug. „Der Mensch ‚hat‘ Leib und Seele – aber er ‚ist‘ Geist.“ (Frankl 1996, 112)

Gegenüber der Überbetonung des Geistigen und dem ihm innewohnenden Hang zu rational-voluntaristischen Therapiemethoden entwickelt die moderne Existenzanalyse unter A. Längle eine Anthropologie, in der die Ganzheitlichkeit des Menschen nicht im Antagonismus zwischen geistiger Person und Psychophysikum, sondern – antidualistisch – in der „ursprünglichen Einheit und Verbundenheit der drei Dimensionen“ verankert wird (Längle 1999b, 20). Die Konsequenz daraus ist die, dass neben den in Frankls Konzept zentralen Themen wie Sinn, Gewissen und Verantwortung diesen vorgängig der gesamte Bereich der Emotionalität und des subjektiven Erlebens als die Prozessebene der Person in den Vordergrund rückt (Längle 2003). Das subjektive Erleben als das Wahrnehmen des Lebens mit emotionaler Resonanz ist der Schlüssel zur Dynamik der Person und möglicherweise vorhandenen psychischen Störungen. Als Schnittstelle zwischen Innen- und Außenwelt ist ein gesundes Erleben auch der Ansatzpunkt jeglicher existenzanalytischer Therapie. Als Ziel der Existenzanalyse gilt Längle nicht mehr – wie bei Frankl – allein die Bewusstmachung der Verantwortung und die Hinführung zur Fähigkeit zu Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz, sondern kurz gesagt die „innere und äußere Dialogfähigkeit“ (Längle 2003, 29) des Menschen. Intendiert ist, dem Menschen zum offenen, lebendigen Austausch mit sich selbst und der ihm begegnenden Welt zu verhelfen.

Längle konnte in seinem Konzept der vier Grundmotivationen (Längle 1999c; 2002) aufweisen, dass sich dieser zweipolige dialogische Lebensfluss im konkreten Existenzvollzug nur dann einstellt, wenn vier fundamentale Strebungen intakt sind und aus ihnen heraus ein vierfaches Ja zum Leben gesprochen werden kann. Personales menschliches Dasein setzt vor allem voraus, dass der Mensch ein Sein-können (Ja zur Welt),

ein Leben-mögen (Ja zum Leben) und ein Selbstsein-dürfen (Ja zur eigenen Person) von außen erleben und durch eigene Stellungnahme sich aneignen kann. Dies sind die basalen personalen Bedingungen erfüllter Existenz. Erst wenn solcher Art die Person gut fundiert ist, gelangt das menschliche Streben in der Erfahrung von Sinn zur Abrundung, eine Erfahrung, die dem Menschen die personale Aktivität des Handelns erschließt.

Mit dieser Strukturreform der existenzanalytischen Anthropologie wird die geistige Person keinesfalls in ihrer Bedeutung gezeugnet, sie verliert aber ihre einseitig opponierende Position im Gesamtgefüge des Menschseins und sie wird dynamischer aufgefasst, wie sich an Längles therapeutischem Konzept der Personalen Existenzanalyse (PEA) (Längle 2000) und am anthropologischen Strukturmodell der vier Grundmotivationen (Längle 2002) zeigt. Die Geistigkeit des Menschen wird konsequenter als bei Frankl in ihrer ursprünglichen Einheit mit dem Körperlich-Triebhaften und dem Sinnlich-Psychischen gesehen. Soma und Psyche sind von ihrem Ursprung her vergeistigt und als solche umgekehrt Ausdruck des Geistigen (Längle 1999b, 23). Leib und Emotion sind in je ihrer Weise Sprachrohr der Person. Es kann daher nicht darum gehen, am Leib und Gefühl vorbei oder gegen sie existieren zu wollen. Die moderne Existenzanalyse strebt vielmehr danach, „durch Leib und Gefühl hindurch zu Sinn und Wert, Gewissen und Verantwortung, Freiheit und Entscheidung“ (Längle 2003, 38) vorzudringen.

Unter diesen Voraussetzungen bekommt auch die Selbst-erfahrung, die Frankl für „anti-logotherapeutisch“ hielt, weil sie „geistige Nabelschau“ betreibe und dadurch den Menschen vom existentiellen Auftrag zur Selbst-Transzendenz wegführe (Längle 1998, 279f.), den ihr gebührenden Stellenwert. Die offene Zuwendung zu und das innere Gespräch mit sich selbst eröffnen den Zugang zu jenem Bereich der Person, die gleichsam ihre geistige Brutstätte darstellt, zur Intimität mit sich im Gewissen. Erst wenn der Mensch die fundamentalen existentiellen Motivationen, die die Voraussetzungen eines gelingenden Existenzvollzugs sind, durch Selbstannahme und personale Stellungnahme für sich selbst „ratifiziert“, kann die Person zum vollen Leben gelangen (Längle 1999c, 20f.). Damit menschliches Dasein personale Existenz zu sein vermag, ist daher nicht nur die von Frankl mit Nachdruck eingeforderte „existentielle Wende“ bzw. „kopernikanische Wendung“ (Frankl 1987, 96, 144) vonnöten, sondern ganz wesentlich auch die „personale oder emotionale Wende“ (Längle 1999a, 33), d.h. die Hinwendung zu den in der eigenen Innenwelt aktiven Emotionen und dem innersten Gespür für das Je-Meinige und Richtige.

Gelingt es dem Menschen, in dieser Weise sein Personsein zu aktuieren, erfährt er sinnerfüllte Existenz. In diesem Sinn gründet auch in der neueren Existenzanalyse – ähnlich wie bei Frankl und doch entscheidend anders – Existenz ihrem Wesen nach im „*Vollzug des Personseins*“ (Längle 2001, 184). Konkret erschließt sich dem Menschen der personale Existenzvollzug – wie wir schon sahen – dadurch, dass er in den dialogischen Austausch mit seiner Außen- und Innenwelt tritt, sich dem ihm daraus ansichtig werdenden Anspruch

öffnet, je persönlich Stellung nimmt und in Entschiedenheit frei handelt.

Aufgrund der doppelten dialogischen Offenheit gewinnt die Freiheit einen radikalen, ursprünglichen Charakter. Konstitutiv für sie sind nicht nur die freie Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des Menschen aus seinem Streben und Wollen heraus sowie ein Wozu bzw. Woraufhin des Handelns kraft der Fähigkeit zum Wertfühlen, zur Sinnfindung und zur Selbsttranszendenz, sondern auch ein freies Woraus des Handelns im Sinne seines Ursprungs in der Authentizität und Stimmigkeit der Person. Sie sind die Garantie dafür, dass das menschliche Tun die Gratwanderung zwischen Beliebigkeit bzw. Unverbindlichkeit und heteronomer (moralischer) Gebundenheit geht.

Vor diesem Hintergrund ist es der Existenzanalyse möglich, dem Problem des Suizids ernsthaft phänomenologisch zu begegnen. Dem Menschen wird die Möglichkeit zuerkannt, sich auch dafür zu entscheiden, sich aus dem Leben in dieser Welt zurückzuziehen, weil das Leben sich abgewandt hat und sich ihm nur noch von seiner brutalen, grausamen Seite zeigt. Er ist letztlich also auch frei, den Tod zu wählen, weil er darin neues, besseres Leben erhofft. Diese Freiheit grundsätzlich zu respektieren und darüber hinaus die innere Motivation des Todeswilligen offen wahrzunehmen und zu verstehen, gebietet uns die Achtung vor der Person und ihrer letzten Selbstgehörigkeit. Diese Art des therapeutischen Zugangs kann den Betroffenen mit den innersten Quellen seiner personalen Existenz in Berührung bringen und ihm so möglicherweise wieder jene Offenheit vermitteln, die ihn auch in seiner jetzigen dunklen Situation zu einem neuen Versuch des Dialogs mit seinem Leben ermutigt. Diese Perspektive zeigt, dass der Respekt vor der letzten Konsequenz der Freiheit, wie ihn die Existenzanalyse therapeutisch zu verwirklichen versucht, nicht bedeutet, das Interesse aufgeben zu müssen, dem suizidalen Klienten mit der Kraft des Herzens und den Mitteln therapeutischer Kunst zu helfen, Wege aus der subjektiv empfundenen Ausweglosigkeit zu finden, Hoffnung zu vermitteln, Kraftquellen zu erschließen oder trotz allem Lebenswertes in seinem Leben zu entdecken.

Schließlich erweist sich das oben kurz dargestellte Konzept der personal-existentiellen Grundmotivationen auch als geeignete Hintergrundfolie, gewisse philosophische Aspekte des Suizids anschaulich zu illustrieren. So zeigen sich durchaus inhaltliche Konvergenzen zwischen eben dieser dynamischen anthropologischen Grundstruktur der modernen Existenzanalyse und jenen Dimensionen der Existenz, die wir als Kriterien der moralphilosophischen Einschätzung des Suizids anführten. Darüber hinaus bietet dieses Modell auch ein gutes heuristisches Instrument, den einzelnen Suizid differenziert als komplexes Phänomen zu verstehen. Das dynamische Erleben der Grundbedingungen erfüllter Existenz macht dem, der in einem existenzanalytischen Sinn die tieferen, personalen Beweggründe des Suizids verstehen will, bewusst, dass für die Beantwortung des Problems der moralischen Legitimität des Suizids eben nicht nur psychiatrisch-medizinische Faktoren eine Rolle spielen, sondern auch die Frage der sozialen Beziehungen, die Wirklichkeit des Ge-

wissens bzw. der Authentizität im Sinne der Stimmigkeit mit dem innerlich als richtig Erfühlten und die Frage des sogenannten ontologischen Sinns, also die Frage der als sinnvoll erlebten und erkannten Ordnung des Ganzen des eigenen Lebensentwurfs. Dadurch wird der Blick von einer rein somatischen Betrachtungsweise hin auf die Ebenen des Sozialen, Mitmenschlichen, des Personalen und Ethischen und schließlich auf die des Religiösen ausgeweitet.

Literatur

- Alvarez A (1999) Der grausame Gott – eine Studie über den Selbstmord. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Améry J (1994) Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett-Cotta
- Ariès P (1996) Geschichte des Todes. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft
- Aristoteles (1985) Nikomachische Ethik. Hamburg: Meiner
- Baechler J (1981) Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord. Frankfurt am Main/Berlin/Wien
- Bauer EJ (1989) Das Denken Spinozas und seine Interpretation durch Jacobi. Frankfurt am Main: Lang
- Bauer EJ (2002) Das Problem des Suizids in der Perspektive der abendländischen Geistesgeschichte. In: Existenzanalyse 19, 1, 4-15
- Baumann U (2001) Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Weimar: Hermann Böhlaus Nachf.
- Birnbacher D (1990) Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht. In: Leist A (Hg) Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 395-422
- Camus A ([1942]1996) Der Mythos von Sisyphos. Ein Versuch über das Absurde. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Croitoru J (2003) Der Märtyrer als Waffe. Die historischen Wurzeln des Selbstmordattentats. München, Wien: Hanser
- Decher F (1999) Die Signatur der Freiheit. Die Ethik des Selbstmords in der abendländischen Philosophie. Lüneburg: zu Klampen
- Devine PE (1998) On Choosing Death. In: Donnelly J (Hg) Suicide: right or wrong? New York: Prometheus Books, 238-241
- Diderot D (1969) Enzyklopädie. Philosophische und politische Texte "Encyclopédie" Hrsg. Theodor Lücke. München: Dt. Taschenbuch Verlag
- Durkheim E (2003) Der Selbstmord. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 9^o
- Ecclesia catholica (1993) Katechismus der Katholischen Kirche. München: Veritas
- Fintz-Müller A (2002) Frankl mit Jaspers verstehen. Logotherapie und Existenzphilosophie. Konstanz: Maschr. Univ.-Diss.
- Frankl VE (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V, v. Gebattel V, Schultz J (Hg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. III. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg, 663-736
- Frankl VE (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Frankfurt am Main: Fischer
- Frankl VE (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber
- Fritzsche M et al. (2003) Multipler Suizid bei den Zuruwaha in Brasilien. Ein Populationsregulativ? In: Suizidprophylaxe 30, 2, 46-52
- Guardini R (1997) Ethik. Vorlesungen an der Universität München (1950-1962). Mainz-Paderborn: Grünewald/Schöningh
- Holderegger A (2002) Suizid – Leben und Tod im Widerstreit. Fribourg: Paulusverlag
- Hume D (2000) Über Selbstmord. In: Ders., Die Naturgeschichte der Religion Über Aberglaube und Schwärmerei. Über die Unsterblichkeit der Seele. Über Selbstmord. Hamburg: Meiner, 89-99, 2^o
- Jaspers K (1984) Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung (1962). München: Piper, 3^o
- Kant I (1998a) Grundlegung der Metaphysik der Sitten. In: Ders., Werke in sechs Bänden, Bd. 4. Darmstadt: Wiss. Buchges., 7-102
- Kant I (1998b) Metaphysik der Sitten. In: Ders., Werke in sechs Bänden, Bd. 4. Darmstadt: Wiss. Buchges., 303-634
- Längle A (1998) Viktor Frankl. Ein Porträt. München: Piper
- Längle A (1999a) Authentisch leben – Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein. Oder: Wie können wir trotzdem werden, wer wir sind? – Anregungen aus der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 16, 1, 26-34
- Längle A (1999b) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). In: Existenzanalyse 16, 1, 18-25
- Längle A (1999c) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 18-29
- Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag, 9-37
- Längle A (2001) Psychotherapie – Methode oder Spiritualität? Zum Verhältnis von Immanenz und Transzendenz am Beispiel der Existenzanalyse. In: Schmidinger H (Hg) Geist – Erfahrung – Leben. Spiritualität heute. Innsbruck-Wien: Tyrolia, 177-206
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16, 1, 1-8
- Längle A (2003) Emotion und Existenz. In: Ders. (Hg) Emotion und Existenz. Wien: Facultas, 27-42
- Löwith K (1981) Töten, Mord und Selbstmord: Die Freiheit zum Tode. In: Ders.: Mensch und Menschenwelt. Stuttgart: Metzler, 399-417
- Minois G (1996) Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf: Artemis & Winkler
- Mischler G (2000) Von der Freiheit, das Leben zu lassen. Kulturgeschichte des Suizids. Hamburg, Wien: Europa-Verlag
- Mösgen P (1999) Selbstmord oder Freitod? Das Phänomen des Suizids aus christlich-philosophischer Sicht. Eichstätt: BPB
- Otzelberger M (2002) Suizid - das Trauma der Hinterbliebenen. Erfahrungen und Auswege. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag
- Platon (1990) Phaidon. Band 3. Darmstadt:Wiss. Buchges.
- Raskob H (2003) Die Logotherapie Viktor E. Frankls. Eine systematische und kritische Darstellung mit einer Skizze zu einem alternativen Religionsverständnis. Tübingen: Maschr. Diss. (erscheint 2004 Wien: Springer)
- Reuter C (2002) Mein Leben ist eine Waffe. Selbstmordattentäter – Psychogramm eines Phänomens. München: Bertelsmann
- Ringel E (1953) Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Wien-Düsseldorf: Maudrich
- Schmidbauer W (2003) Der Mensch als Bombe. Eine Psychologie des neuen Terrorismus. Reinbek: Rowohlt
- Seneca L A (1995) Philosophische Schriften. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft
- Sommer M (1977) Die Selbsterhaltung der Vernunft. Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog
- Thomas von Aquin (1980) Summa theologiae. In: Ders., Opera omnia, ut sunt in indice thomistico additis 61 scriptis ex aliis medii aevi auctoribus curante Roberto Busa S.J.. Band 2, Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann -Holzboog
- Wittwer H (2003) Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Paderborn: mentis

Anschrift des Verfassers:
Univ. Prof. Dr. Emmanuel J. Bauer
FB Philosophie an der Theol. Fak.
der Univ. Salzburg, Franziskanergasse 1/IV
A-5020 Salzburg
emmanuel.bauer@existenzanalyse.org

Depression ist eine Krankheit, Suizid eine Handlung

Konrad Michel

Ein erfolgter Suizidversuch ist mit Abstand der wichtigste Risikofaktor für Suizid. Es gibt bis jetzt keine Therapiestudien, die überzeugend zeigen können, dass eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung nach einem Suizidversuch langfristig das Suizidrisiko zu reduzieren vermag. Nach wie vor hat die Behandlung der Depression als diagnostischer Risikofaktor Priorität. Da aber Suizidalität keine Diagnose im medizinischen Sinn ist, sondern eine Handlung, glauben wir, dass ein handlungstheoretisches Modell eine hilfreichere Grundlage für die therapeutische Beziehung zum suizidalen Patienten ist als das traditionelle Krankheitsmodell. Ein handlungstheoretisches Modell geht davon aus, dass Handlungen Ausdruck zielorientierter Systeme sind, wobei Suizid als Ziel entstehen kann, wenn wichtige Identitätsziele bedroht sind und das Selbst als unerträglich erlebt wird. Diese Zustände weisen alle Zeichen eines akuten traumatischen Stresssyndroms auf. Eine handlungsorientierte Sicht der Suizidalität impliziert entsprechende therapeutische Strategien.

Schlüsselwörter: Suizidversuch, Handlungstheorie, therapeutische Beziehung, Narrativ

Attempted suicide is the main risk factor for suicide. To date, there are no therapy evaluations that are able to convincingly demonstrate that psychiatric/psychotherapeutic aftercare reduces the risk of suicide. Traditionally, the treatment of depression as diagnostic risk factor has had the main priority. However, as suicidality is not a medical diagnosis but an act (or action), we believe that an action theoretical model is a more helpful basis for the therapeutic alliance with the suicidal patient than the traditional illness model. An action theoretical model assumes that actions are the expression of goal-directed systems. Suicide can arise as a goal when important identity goals are threatened and when the self is experienced as unbearable. Such suicidal states show the signs of an acute traumatic stress disorder. An action theoretical view of suicidality implies therapeutic strategies that are consistent with the model.

Key words: Suicide attempt, action theory, therapeutic relationship, narrative

Depression ist eine Diagnose im medizinischen Sinn, Suizid jedoch nicht. Oft wird die Behandlung der Suizidalität gleichgesetzt mit der Behandlung der Depression. Das ist nicht unbegründet: Bei fünfzig bis siebzig Prozent der Menschen, die Suizid begehen, finden sich die typischen Symptome der Depression nach ICD-10 oder DSM-IV. Die Diagnose einer Depression erhöht das Suizidrisiko rund 20-mal (Harris & Barraclough 1997). Aus der klinischen Erfahrung wissen wir, dass nach einer Besserung der Depression allgemein die Suizidabsichten in den Hintergrund treten, bis sie – scheinbar – ganz verschwinden. Eine der wohl wichtigsten Studien, welche den Zusammenhang zwischen Depressionsbehandlung und Suizidhäufigkeit aufzeigte, ist die sog. Gotland-Studie. Wolfgang Rutz und seine Mitarbeiter (1992) boten auf der

schwedischen Insel Gotland den Hausärzten während zwei Wintersemestern Fortbildungsseminare zum Erkennen und Behandeln von depressiven Störungen an. In der Folge stellte man auf Gotland einen signifikanten Rückgang der Suizide fest. Parallel zur Abnahme der Suizide fand sich eine Zunahme der Verschreibungen für Antidepressiva, eine Abnahme der Verschreibungen für Benzodiazepine, und – erstaunlicherweise – eine Abnahme der stationären Behandlungen wegen Depression um 70%. Die Hausärzte hatten also einen Großteil der Depressionen erfolgreich in ihrer Praxis behandelt. Auch wenn diese Studie bis jetzt anderswo nicht repliziert wurde, unterstreichen die Resultate die praktische Erfahrung, dass das Erkennen und - richtige - Behandeln von depressiven Störungen das Suizidrisiko vermindern. Zu er-

wähnen ist allerdings, dass die Suizidrate nach einigen Jahren wieder anstieg. Ärzte verlernen scheinbar relativ rasch.

Aber: Mit mehr Verschreibungen für Antidepressiva ist es nicht getan. Die Gotland Seminare legten viel Gewicht auf die Arzt-Patienten Beziehung – vielleicht ein Grund dafür, dass die Resultate bis jetzt nicht repliziert werden konnten. Im Weiteren stellte W. Rutz fest, dass vor allem die Suizidrate der Frauen beeinflusst wurde, kaum jedoch diejenige der Männer. W. Rutz prägte daher den Begriff der Männerdepression (1997). Männer versuchen ihre Depressionen mit Alkohol, aggressivem Verhalten etc. zu überspielen und suchen keine Hilfe – eine Entwicklung, die nicht selten im Suizid endet. Weiter gibt es eine Anzahl von Studien, welche wiederholt und konstant gezeigt haben, dass Depressionen sehr häufig ungenügend behandelt werden. Nicht nur werden Antidepressiva zu niedrig dosiert, sondern sie werden auch zu wenig lange verschrieben. Nicht vollständig gebesserte Depressionen haben eine wesentlich größere Rückfallrate. Die bekannte NIMH Multizenter-Studie (Elkin et al. 1989), in welcher Imipramin mit kognitiver Verhaltenstherapie bzw. Interpersoneller Therapie verglichen wurde, zeigte zwar die Überlegenheit des Antidepressivums in der Akutbehandlung. Eine Analyse der therapeutischen Beziehung aufgrund von Tonbandaufnahmen zeigte jedoch, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung die Varianz der Veränderungen mit Abstand am besten erklärte (Krupnick et al. 1996).

Bezüglich Suizidrisiko gilt es einen andern Aspekt zu berücksichtigen: Nach einem Suizidversuch ist das Risiko für einen späteren Suizid 40-mal erhöht (Harris & Barraclough 1997) – mehr also als bei der Diagnose einer Depression. Mehr noch: das Risiko bleibt über Jahre unverändert hoch (Runeson 2002). Erstaunlicherweise konnte bis jetzt nicht gezeigt werden, dass es irgendeine Methode der Nachbehandlung gibt, welche das hohe Suizidrisiko nach einem Suizidversuch längerfristig reduzieren kann. Dies ist mehr als enttäuschend, und die Frage drängt sich auf, an was dies liegen könnte. Ian Fawcett, Depressions- und Suizidforscher, sagte vor zwei Jahren in einem Referat anlässlich des Kongresses der American Association of Suicidology (AAS): „Alle sagen, wir müssen die Leute in die Behandlung bringen – Tatsache ist aber, dass wir in der Behandlung der Suizidalität nicht sehr gut sind.“

Schon lange bekannt ist, dass es zwischen dem suizidalen Patienten und dem Arzt/Therapeuten ein Kommunikationsproblem gibt. Isometsä et al. (1995) fanden, dass bei 571 Fällen von vollendetem Suizid in der letzten Konsultation vor dem Suizid das Thema nur in 22% der Fälle zur Sprache gekommen war. Genauer: Bei Psychiatern in 39%, bei Hausärzten in 11% bei Spezialärzten in 6% der Konsultationen. Das mag auf den ersten Blick erstaunen, ist aber doch verständlich, wenn man bedenkt, dass suizidale Menschen eben ganz vieles von dem, was in ihrem Kopf vorgeht, für sich behalten. Für viele sind Suizidgedanken etwas ganz Gehei-

mes, Privates, im Sinne von „Ich will mir das nicht nehmen lassen“. Es ist ein Notausgang, der etwas Beruhigendes hat, sollte die gefürchtete Krise eintreten – ein Notausgang, der mit unseren schwachen Seiten und unseren Verletzlichkeiten zu tun hat, mit einem Teil des Selbst, der mit dem Gefühl der Scham besetzt ist.

Ein weiterer Aspekt der Problematik der Behandlung suizidaler Menschen ist die Tatsache, dass nach einem Suizidversuch sehr häufig (50% oder mehr) die Termine für eine Nachbehandlung nicht eingehalten werden. Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, fühlen sich nicht krank. In einer Befragung in Bern ein Jahr nach einem Suizidversuch sagten gerade mal 10% der Patienten, ein Arzt hätte ihnen in der suizidalen Krise vielleicht helfen können (Michel et al. 1994).

Ein Teil der Problematik besteht scheinbar darin, dass suizidale Patienten und medizinische Fachpersonen andere Vorstellungen über die Suizidalität haben.

„Was mich im Spital am meisten geärgert hat, war immer wieder diese Frage, ob ich es nochmals tun würde. Sie waren überhaupt nicht an mir und meinen Gefühlen interessiert. Das Leben ist nicht eine derart sachliche Angelegenheit, und wenn ich ehrlich bin, konnte ich nicht sagen, dass ich es nicht nochmals versuchen würde. Was mir klar wurde, war, dass ich keinem dieser Ärzte genügend vertraute, um offen über mich zu sprechen.“

Dies sagte ein 39-jähriger Patient über die stationäre psychiatrische Behandlung.

Wie kommen wir mit den suizidgefährdeten Menschen ins Gespräch?

Vor rund zehn Jahren sagte mir mein Kollege, Ladislav Valach, Psychologe, mit dem ich damals zusammenarbeitete: „Suizid ist eine Handlung. Ihr Mediziner habt gelernt, Krankheiten zu erkennen und Diagnosen zu stellen, aber Ihr habt nicht gelernt, Handlungen zu verstehen. Und Suizid ist eben eine Handlung, keine Krankheit. Die Handlungstheorie beschreibt, wie Handlungen entstehen, wie wir sie erklären und verstehen“, vor allem aber: „Die Handlungstheorie gibt wieder, wie Menschen auf der Straße denken“. Ich fing an, mich mit der Handlungstheorie vertraut zu machen. Handlungen sind Ausdruck zielorientierter Systeme. Im Buch von Carver and Scheier (1998) findet sich: „Goal involvement is critical to life. Without goals, behavior loses form. Peoples' lives fall apart.“ Handlungen (und das schließt alltägliche wie außergewöhnliche Handlungen ein) werden als Ausdruck eines inneren Leitsystems verstanden, welches integraler Bestandteil lebender Systeme ist.

Ich war anfänglich sehr skeptisch, vor allem auch, weil mich mein Kollege zu überzeugen versuchte, dass auch Suizid als zielorientierte Handlung verstanden werden muss. Bis dahin war meine Vorstellung eher die gewesen, dass Suizid

Ausdruck eines Zusammenbruchs irgendwelchen geplanten Handelns war. Aber das Interesse war geweckt, und, falls die Handlungstheorie helfen könnte, besser mit einem suizidgefährdeten Menschen in eine bedeutsame therapeutische Beziehung treten zu können, lohnte sich die Auseinandersetzung mit diesem Modell. Ich setzte mich mit meinem Kollegen zusammen, und wir analysierten gemeinsam den Fall eines 39-jährigen Patienten, welcher Suizid begangen hatte (Michel & Valach 1997). Dieser Mann (ein Geigenbauer) hatte ein Jahr vor seinem Suizid geschrieben:

Nichts hilft. Ich habe in meinem Leben alles versucht. Wirklich, ich freue mich abzutreten. Mein Leben ist eine Abfolge von Versagen in jeder Hinsicht. Ich zerstörte die Beziehungen mit den meisten Verwandten und bin daran, dasselbe mit meiner Frau zu tun. Alles falsch, immer, immer, immer. Meine besten Wünsche an alle, auch an mich. Ich weiß nicht, wo die Reise hingehen wird, aber wenigstens bleibt sie nicht in diesem Tal der Tränen stehen.

Seine Selbstbeurteilung war: Ich bin ein Versager (wie sein Vater prophezeit hatte), ich bin für nichts, mein Leben ist hoffnungslos. Suizid war für ihn eine Lösung, eine Möglichkeit, einem unerträglichen Zustand ein Ende zu setzen, als Ziel formuliert ein Jahr vor seinem gewaltsamen Tod. Suizid als Option im Leben finden wir tatsächlich auf Befragen bei der Mehrzahl der Menschen, aber nicht bei allen. Neben lebensorientierten Zielen, die uns durch unser Leben begleiten, tauchen – im Zusammenhang mit Lebenskrisen/Sinnkrisen Gedanken an Suizid als Alternative zum Leben auf. Maris (1981) hat in seinem immer noch bemerkenswerten Buch „Pathways to Suicide“ von einer „suicidal career“ gesprochen (wobei im Englischen career viel breiter gefasst ist als unsere „Karriere“). Eine Patientin sagte mir nach zahlreichen suizidalen Krisen in ihrem Leben: „Mit dem Suizid ist es wie mit einer Strickarbeit: in den guten Zeiten lege ich sie auf die Seite, in den Krisen nehme ich sie hervor und fahre dort weiter, wo ich das letzte Mal aufgehört hatte.“

Einer Handlung geht also eine Entwicklung voraus: Die Handlung besteht zuerst als Möglichkeit in den Gedanken (Suizidberichterstattung), später ist es ein Spielen mit dem Gedanken (wenn es mir mal schlecht geht, könnte Suizid ja evtl. eine Lösung sein), ein Konkretisieren (der Kollege hat sich vor den Zug geworfen – so könnte ich es ja machen), ein Entwickeln von Plänen (wie, wo), ein Speichern von Plänen (man weiß ja nie). Das Umsetzen des Handlungsplans erfordert einen Energieschub (Krise), gefolgt von konkreter Vorbereitung (Fahrplan, Aufsuchen eines geeigneten Ortes). Zum Schluss braucht es einen gar nicht so großen Auslöser, um die Handlung in Gang zu bringen.

Handlungen sind Ausdruck von zielorientierten Systemen, die sich hierarchisch gliedern lassen: Zum Beispiel: Sie kamen heute Morgen hierhin (Handlung), dies geschah im Rahmen des Projektes „Kongressbesuch GLE“, dieser wiederum ist Folge übergeordneter Ziele in Ihrem Leben (Identitäts-

ziele): Tätigkeit als Therapeut, persönliche Lebensziele (z.B. „Ich will ein erfolgreicher Therapeut werden“).

Es gilt also, Handlungen, und damit auch Suizid vor dem Hintergrund wichtiger lebensorientierter Ziele zu sehen. Suizidalität entsteht, wenn wichtige Lebensziele bedroht sind, wenn das Selbstverständnis, ja das Identitätsgefühl jedes Einzelnen in akuter Gefahr sind. Sind diese zutiefst menschlichen Bedürfnisse verstellt, kann daraus eine suizidale Krise entstehen.

Hinter einer Suizidhandlung steht also eine Geschichte, und generell erklären wir unsere Handlungen mit Geschichten – im therapeutischen Kontext als Narrative bezeichnet. Natürlich können Sie auf die Frage, warum Sie heute hier sitzen, mit einer einfachen Antwort („weil ich Mitglied der GLE bin“) antworten. Das wird mich aber ziemlich unberührt lassen. Wenn Sie aber beginnen mit „Meine Beschäftigung mit der Logotherapie begann vor 20 Jahren, ich war damals in einer schwierigen Lebensphase. Eigentlich aber wurde der Grundstein schon in meiner Kindheit gelegt“, hat das für mich eine ganz andere Bedeutung. Das Narrativ ist eine Geschichte, der im Gespräch mit einem andern Menschen Bedeutung gegeben wird. Geschichten haben ein Ende oder eine Zukunft. Das Teilen der eigenen Geschichte kann therapeutisch sein. Geschichten über Suizidalität können entweder mit dem Leben oder mit dem Tod enden.

Wir beschlossen, dieses Modell im Rahmen einer Pilotstudie anzuwenden. Im Rahmen einer qualitativen Forschungsarbeit führten wir 40 eingehende Interviews durch, Stunden bis Tage nach einem Suizidversuch, und zwar so, dass rund die Hälfte der Interviews durch erfahrene Kollegen geführt wurden, während Kollege Valach und ich in der andern Hälfte der Interviews die Patienten schon zu Beginn des Gesprächs ermunterten, uns die dazugehörige Geschichte zu erzählen. Bei einem Teil der Patienten leiteten wir während des Gesprächs die elektrodermale Aktivität ab, um so die Sequenzen mit emotionaler Beteiligung zu erfassen. Von den transkribierten Interviews und unter Berücksichtigung der physiologischen Begleitreaktion (elektrodermale Aktivität) isolierten wir im Narrativ der Suizidhandlung wesentliche Lebensziele, welche frustriert worden waren. Die wichtigsten Resultate:

1.) Die therapeutische Beziehung (gemessen am Penn Helping Alliance Questionnaire) wurde von den Patienten signifikant besser beurteilt, wenn der Interviewer die wichtigen Themen (d.h. frustrierten Lebensziele) im Narrativ des Patienten ansprach, und

2.) die therapeutische Beziehung wurde in denjenigen Interviews signifikant besser beurteilt, welche mit einer narrativen Einleitung, das heißt, mit Wörtern wie „erzählen“, „Geschichte“ („Ich möchte, dass Sie mir in Ihren Worten erzählen, wie es dazu kam ...“ oder: „Ich gehe davon aus, dass hinter jedem Suizidversuch eine Geschichte ist; können Sie mir davon erzählen?“) begannen (Michel et al. 2004).

Was bedeuten diese Resultate? Sie bedeuten in unserer Meinung, dass ein auf einem handlungstheoretischen Modell basierender Interviewstil von den Patienten als hilfreich für die Therapiebeziehung empfunden wird (die drei Items, in denen sich die Unterschiede vor allem zeigten, waren: 1.) „Ich spüre, dass der Interviewer mich versteht“, 2.) „Ich glaube, dass das Gespräch mir hilft“, 3.) „Ich spüre, dass der Gesprächspartner und ich zusammen an etwas Gemeinsamen arbeiten“).

Ob dieses Modell auch tatsächlich die Therapie suizidaler Menschen wirkungsvoller machen kann, muss in einer Verlaufsstudie unter Einbezug einer Kontrollgruppe untersucht werden.

Im Lichte der Handlungstheorie ist das traditionelle medizinische Krankheitsmodell eine schlechte Basis für eine therapeutische Beziehung zum suizidalen Menschen. Als Mediziner habe ich gelernt, Pathologie zu erkennen und Diagnosen zu stellen. Pathologie impliziert selbstverständlich, dass sie korrigiert bzw. behandelt werden muss. Im traditionellen Rollenverständnis des Arztes und Helfers (und ich schließe hier die Psychiater nicht aus) ist der Arzt der Experte, der das Phänomen, mit dem er konfrontiert ist, benennen und erklären muss. Ganz offensichtlich fehlt hier der Diskurs mit einem Menschen, der selber denken, seine Handlungen erklären und planen kann. Im Gegensatz dazu sieht das handlungstheoretische Menschenbild den Menschen, der einen Suizidversuch gemacht hat, nicht als ein passives biologisches oder psychologisches System, das von ihm nicht einsehbar Kräfte getrieben wird, sondern als ein Wesen, das eine narrative Kompetenz besitzt und das höchstwahrscheinlich daran interessiert ist, sich zu erklären – falls das Gegenüber bereit ist zuzuhören. Im Prinzip geht es darum, dem suizidalen Patienten zuzuhören und ihn als Menschen wahrzunehmen, der selber der Experte seiner eigenen Lebensgeschichte ist. David Jobes von der Catholic University of America drückt es so aus: „I want to see it through your eyes“.

Was sehen wir, wenn wir offen sind für die Erzählungen der Patienten?

Suizidalität hat mit einem als negativ erlebten Selbst und mit seelischem Schmerz zu tun. Es handelt sich dabei um einen unerträglichen seelischen Schmerzzustand, oft auch um unerträgliche Gedanken. Beides steht im Zusammenhang mit einem als unerträglich erlebten Selbst. In den USA sind dafür die Begriffe *mental pain* bzw. *psychache* geprägt worden (Shneidman 1983).

Mental pain – ein Zustand, in welchem die Identität des Menschen bzw. die seelische Existenz akut in Gefahr sind, ist ein akut traumatischer Zustand (Orbach et al. 2003). Das Selbst wird als negativ, unerträglich erlebt (der Geigenbauer schrieb: „*Alles falsch, immer, immer, immer*“) und war schwerstens bedroht. Ein Patient schrieb in der suizidalen Krise: *In meinem Kopf ist die Hölle los. Ich begreife nichts mehr. Habe unheimliche Angst. Mein Körper zittert. Habe*

Selbstmordgedanken. Wenn das nicht sofort aufhört, und ich nicht wieder voll da bin, mache ich Schluss. Bitte helfen Sie mir. In einem solchen Alarmzustand, wenn die Bewältigungsmöglichkeiten momentan versagen, bleibt nur die Flucht. Baumeister spricht von „escape from self“ (Baumeister 1990). Patienten berichten: „Ich musste dem ein Ende setzen“, oder: „Ich wollte so wie meine Gedanken töten“ – auch hier wiederum: die Handlung ist zielorientiert. Suizid soll also Erlösung bringen. Es gibt demnach lebensorientierte Ziele und suizidorientierte Ziele.

Ein anderes Phänomen, das wir in den Narrativen der Patienten in der Mehrzahl der Fälle antrafen, sind die dissoziativen Zustände, welche suizidale Menschen beim Ablauf der Suizidhandlung erleben. Dies ist an sich nicht erstaunlich, wenn wir diese Dissoziation in Zusammenhang bringen mit dem akut traumatischen Erleben von mental pain. Dissoziation bedeutet, dass der körperliche Schmerz und die Angst vor dem Tod nicht verspürt wird. Hier die typische Beschreibung einer Patientin: *„Ich fühlte mich in diesem Moment ausserhalb meiner selbst. Ich schaute zu wie das Blut tropfte, und ich hatte keine Schmerzen. Beim letzten Schnitt kam plötzlich die Angst. Todesangst. Und die Erkenntnis: Es ist falsch, was Du da machst.“* Dissoziative Zustände im Zusammenhang mit Suizidhandlungen sind von I. Orbach (1994) untersucht worden. Diese Zustände aber ebnen den Weg für weitere Suizidhandlungen: Wenn eine Handlung nicht als schmerzhaft oder angstbesetzt erlebt wird, ja Erleichterung bringt (Aufhören des seelischen Schmerzes), ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass derselbe Handlungsplan in ähnlichen Krisen sofort wieder abläuft.

Traumatische Erfahrungen werden, so wissen wir aus der Traumaforschung, in den neuronalen Netzwerken gespeichert und können praktisch nicht mehr gelöscht werden. Sie werden anders abgespeichert als übliche Erfahrungen und werden in ähnlichen Situationen automatisch abgerufen. Zusätzlich ist in akuten Stresszuständen die Funktion des Präfrontalen Cortex beeinträchtigt, was das überlegte Planen und Handeln einschränkt. Man kann deshalb – neurobiologisch gesprochen – von einem eigentlichen Suizidmodus sprechen (Rudd 2001). Dieser Modus schließt die „seelische Schmerzerfahrung“ und die Suizidhandlung ein, da beide nach einem Suizidversuch miteinander verknüpft sind.

Was bedeutet dies für die Therapie?

Im Hinblick auf die Therapie stellt sich die Frage, wie viel Schmerz ein Mensch ertragen kann. Können wir Vulnerabilitäten therapieren? Können wir bei unseren Patienten erreichen, dass sie mehr Schmerz ertragen können? Die meisten von uns würden wahrscheinlich mit ja antworten – zumindest würden wir es hoffen. Ich würde diesen Teil der Therapie unter „allgemeiner Psychotherapie“ einordnen.

In Fachkreisen verbreitet sich mehr und mehr die Meinung, dass die Therapie der Suizidalität spezifische Strategi-

en erfordert. Wir sollten dabei berücksichtigen, dass Suizidalität – zumindest nach einem Suizidversuch – nicht wegtherapiert werden kann. Der suizidale Modus ist gespeichert und steht jederzeit bereit, in Situationen, in denen das Selbst bedroht ist, abgerufen zu werden. Möglicherweise sind, ähnlich wie bei der Therapie von selbstschädigendem Verhalten (Linehan 1991), vermehrt verhaltenstherapeutische Techniken nötig, damit Patienten lernen, dieses Muster beeinflussen zu können. Es geht dabei um das Erlernen von skills (wie kann ich fast automatisch ablaufende Handlungsmuster beeinflussen?). Die folgende Beschreibung eines Patienten, der sich mit einer Schusswaffe in den Wald begeben hatte, illustriert, dass eine begonnene Suizidhandlung nicht eine Einbahnstraße zu sein braucht: „*Ich habe irgendwie gewechselt zwischen einer Trance und einer Realität. Ich bin ungefähr eine Stunde durch den Wald gelaufen und habe mir eigentlich nicht überlegt, was dagegen spricht. Das kam erst später wieder, als ich mein Plätzchen gefunden hatte. Da kamen wieder solche Gedanken, weshalb ich mein Leben fortwerfe. Aber das waren jeweils sehr kurze Sequenzen. Ich habe mir überlegt, was denn passiert, wenn ich es nicht schaffe. Das war wie ein Gefühlsbad, wie ein Wechselbad. Das hat ziemlich oft gewechselt.*“ Hier sollten also theoretisch alternative (und eingeübte) Handlungspläne zum Zug kommen.

Wenn wir von einem handlungsorientierten Modell ausgehen, verlangt die Suizidalität auch nach einer Therapie, welche die wichtigen Lebensziele eines Menschen berücksichtigt. Einerseits findet sich dort das Verständnis für die suizidale Krise (Lebensziele, deren Bedrohung eine suizidale Krise auslösen kann), andererseits sind die lebensorientierten Ziele wichtig, um die langfristige Identität eines Menschen wieder herzustellen. Unsere Studie zeigte den Zusammenhang zwischen dem Ansprechen von wesentlichen Lebenszielen und der Qualität der therapeutischen Beziehung auf. Sie gibt aber auch einen Hinweis darauf, mit welcher therapeutischen Haltung wir einem suizidalen Menschen begegnen sollten.

Ich möchte mit einem Auszug aus dem Brief des oben zitierten Patienten schließen: *Seitdem ich bei Ihnen war, fühle ich mich besser. Obschon ich vor etwa einer Woche wieder so etwas wie den Beginn von Suizidgedanken hatte, geht es mir wesentlich besser, als vor drei Wochen, wo ich nahe daran war, mir das Leben zu nehmen. Ich habe auch viel mit Freunden gesprochen und zu verstehen gesucht, was geschehen ist.*

Das Gespräch mit Ihnen, und speziell das gemeinsame Anschauen des Videos halfen mir sehr, mit mir weiter zu kommen. Heute sehe ich viel klarer, welche dumme Idee dieser Suizidversuch war, oder Suizid überhaupt ist.

Nochmals vielen Dank!

Vielleicht gibt es doch Raum dafür, dass wir das suizidale Muster längerfristig beeinflussen können?

Literatur

- Baumeister RF (1990) Suicide as escape from self. *Psychological Review* 97, 1, 90-113
- Carver CS, Scheier MF (1998) *On the self-regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB (1989) National Institute of Mental Health Treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 46, 971-982
- Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 170, 205-228
- Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK (1995) The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry* 152, 919-92
- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA (1996) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 3, 532-539
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL (1991) Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48, 1060-1064
- Maris R (1981) *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press
- Michel K, Dey P, Stadler K, Valach L (2004) Therapist sensitivity towards emotional life career issues and the working alliance with suicide attempters. *Archives of Suicide Research* 8, 203-213
- Michel K, Valach L (1997) Suicide as goal-directed behaviour. *Archives of Suicide Research* 3, 213-221
- Michel K, Valach L, Waeber V (1994) Understanding deliberate self-harm: The patients' views. *Crisis* 15, 172-178
- Orbach I (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: A hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 24, 68-79
- Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P (2003) Mental Pain and its relationship to suicide and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33, 3, 231-241
- Rudd MD, Joiner T, Rajab MH (2001) *Treating suicidal behavior*. Chapter 2: A cognitive behavioral model of suicidality. New York: The Guilford Press, 15-43
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J (1992) Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85, 83-8
- Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Philgren H (1997) Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1, 39-46
- Shneidman ES (1993) Suicide as a psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181, 3, 145-147
- Internationale Arbeitsgruppe für einen patientenorientierten Zugang zum suizidalen Menschen: The Aeschi Working Group <http://www.aeschiconference.unibe.ch>

*Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Konrad Michel
Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepyschatrie
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Murtenstrasse 21
CH-3010 Bern
konrad.michel@spk.unibe.ch*

„Wenn das Leben keinen Sinn mehr hat...“ Existenzanalytische Überlegungen zu Suizidalität und Suizidprophylaxe

Anton Nindl

Die biopsychosoziale Problematik der Suizidalität in ihrer vielschichtigen Komplexität stellt letztendlich ein zutiefst existentielles Dilemma des Menschen dar. Eine rein ätiopathogenetische Perspektive für Diagnostik und Therapie fokussiert primär das Krankheitsmodell der Suizidalität und bekommt das Entwicklungspotential von krisenhaftem Geschehen nicht in den Blick. Ausgehend von V.E. Frankls Anmerkungen zum Suizid werden in dem Beitrag Suizidalität und Suizidprophylaxe unter Berücksichtigung der Grundbedingungen sinnvoller Existenz beleuchtet, in deren Rahmen suizidal Gefährdete ein für sie annehmbares Hilfsangebot bekommen und im dialogischen Austausch notwendige Schritte aus der Ausweglosigkeit unternehmen können.

Schlüsselwörter: Suizidalität, Suizidprophylaxe, Sinn, Existenzanalyse

The biopsychosocial problems of suicide and their multi-layered complexity constitute a profoundly existential dilemma in human life. A purely etiopathogenetic perspective in diagnosis and therapy will focus primarily on the model of disorder for suicide and will not captivate the developmental potential of critical events. On the basis of Viktor Frankl's remarks on suicide this article discusses suicide and its prophylaxis with particular consideration of the fundamental conditions of meaningful existence, in the framework of which suicidal individuals can obtain an acceptable offer of help and can take the necessary steps out of despair in a dialogical exchange.

Key words: suicide, suicide prophylaxis, meaning, existential analysis

Besonders in der psychiatrischen Diagnostik und Therapie der Suizidalität hat sich in den letzten Jahren zunehmend eine ätiopathogenetische Perspektive etabliert. Gleichzeitig scheint die Berücksichtigung von ressourcenorientierten, salutogenetischen Sichtweisen (z.B. Frankl [1946] 1991, Längle 1997a, Antonovsky 1997) für ein Verständnis des Gesundheits-Krankheitskontinuums im suizidalen Prozess von Bedeutung zu sein. Das Spektrum von der „Krise als Chance“ bis hin zum psychiatrischen Notfall erscheint so weniger gegensätzlich. So versteht etwa Alexa Franke (1993) einen Suizidversuch nicht primär als krankhaftes Geschehen, sondern als subjektive Antwort eines Menschen auf Lebensereignisse und erlebte Belastungen. Die Autorin rückt die Person, die sich ihrer aktuellen Lebenssituation nicht gewachsen sieht im komplexen Netz des Lebens- und Beziehungsgefüges, in den Blickpunkt ihrer Betrachtungen. Die Problemanalyse soll Klarheit über die subjektive Verarbeitung der Person herstellen und zur Stimulation von Selbsthilfepotentialen anregen, damit dieser Mensch sein Leben in Zukunft weitgehend selbständig und eigenverantwortlich führen kann. Vertiefende Überlegungen führen in diesem Kontext zur Frage, warum Menschen trotz erheblicher situativer und persönlichkeitsbedingter Stressoren nicht suizidal werden bzw. was es ausmacht, dass Menschen nach einer suizidalen Krise wieder Sinn in ihrem Leben finden. Gerade die Sinnfrage ist es ja, die uns in der Arbeit mit Menschen in suizidalen Kri-

sen immer wieder begegnet.

Viktor E. Frankl ([1985] 1998), der bereits in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts in der von Wilhelm Börner gegründeten weltweit ersten „Lebensmüdenberatungsstelle“ Erfahrungen zur Thematik gesammelt und in weiterer Folge im Pavillon für depressive Patientinnen am Steinhof in Wien eine große Anzahl Patientinnen nach Suizidversuch behandelt hatte, wies schon früh darauf hin, dass Selbstmord letztlich die Verneinung der Sinnfrage darstellt. Dabei betont Frankl allerdings, dass Suizide nicht notwendigerweise aus einem Sinnlosigkeitsgefühl unternommen werden, dass sie aber häufig unterblieben wären, wenn der zum Suizid Entschlossene um einen Sinn im Leben gewusst hätte. In diesem Zusammenhang greift Frankl einen Gedanken von Nietzsche auf, wenn er formuliert: „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie.“ (Frankl 1991, 90) Diese Sichtweise findet sich auch in einer Fußnote in dem Text „Hunger nach Brot und Hunger nach Sinn“, wenn Frankl schreibt: „Für gewöhnlich wird nur nach dem Grund gefragt, den jemand gehabt haben mag, Selbstmord zu versuchen. Was aber von Interesse sein sollte, ist weniger der Grund, der jemanden zum Selbstmordversuch veranlaßt, als vielmehr der Grund, was jemanden von einem Selbstmordversuch abhält. Mit einem Wort, es geht um Ressourcen, die mobilisiert werden können, um nicht nur über Grenzsituationen wie Kriegsgefangenschaft, sondern auch über schwere, mit Suizidimpulsen

einhergehende Depressionen hinwegzukommen.“ (1998, 263) Wir können also in dem oben angeführten verhaltenstherapeutisch orientierten Beitrag von Franke (1993) eine gewisse Ähnlichkeit zur Sichtweise Frankls sehen, die allerdings auf anderen anthropologischen Kernannahmen beruht. So beleuchten wir in der ressourcenorientierten und auf Wachstum und Entfaltung abzielenden Existenzanalyse (z.B. Frankl 1991; Längle 1997a) die Sinnfrage hinsichtlich des Aufforderungscharakters der Situation, in der sich die betroffene Person befindet. Dabei wird versucht, den Menschen in einer suizidalen Krise in seiner Krankheit und Störung zu sehen, aber auch der Gefahr zu begegnen, ihn einseitig und generalisierend darauf zu reduzieren. Vielmehr beachten wir die Person im suizidalen Geschehen in einer gewissen Ähnlichkeit zu Antonowsky in ihrem Ringen zwischen Gesundheit und Krankheit und berücksichtigen den Widerstreit zwischen integrierenden und desintegrierenden Tendenzen des Selbst. Da der psychisch beeinträchtigte Mensch aus Sicht der Existenzanalyse allerdings wegen seiner fakultativen Freiheit immer mehr als ein desintegriertes psychisches Selbst ist, wird er in der suizidalen Krise zwar in seiner bedrohlichen Schwäche gesehen, aber auch in seiner potentiellen Stärke als Person angesprochen (vgl. auch Peeck 1991). Suizidalität als Folge frustrierter Sinnstrebigkeit bzw. als Verzweiflung in einer abgrundtiefen Ausweglosigkeit kann aus existenzanalytischer Perspektive als Ausdruck für eine fehlende oder mangelnde Zustimmung in die Bedingungen und Möglichkeiten ganzheitlichen Existierens verstanden werden. Demnach scheint es günstig, in der Suizidprophylaxe die Grundbedingungen sinnvoller Existenz, wie sie im Struktur- und Motivationskonzept der neueren Existenzanalyse von Längle (z.B. 1997b, 2002) vorgestellt wurden, zu berücksichtigen.

Der Raum- und Haltverlust in der Einengung und der Weltbezug als Halterfahrung

Wenn der Mensch in seiner Wahrnehmung der Bedingungen und auf der Suche nach seinen Möglichkeiten zum Dasein nicht genügend Raum, Halt und Schutz findet, kann sich ein Erleben einstellen, sich in dieser Welt nicht angenommen zu fühlen. So unbehaust und ausgesetzt droht ein Nein auf die ontologische Grundfrage des Dasein-Könnens. „Ich halt das nicht mehr aus, wie entkomm ich aus der Falle“, fragt er sich. Die Fähigkeit, annehmen und aushalten zu können ist beeinträchtigt, wodurch die Bereitschaft, den angebotenen Raum zu betreten, den Halt zu ergreifen und sich in den Schutz zu begeben, reduziert sein kann. Bedrohliche, unabänderliche, schicksalhafte Gegebenheiten werden dann kaum ertragen. Da der Raum, der zum Dasein gebraucht würde, nicht entstehen kann, treten psychodynamische Schutzreaktionen (vgl. Längle 1998) ein, die sich von Vermeidungsverhalten bis zum verzweifelten Ankämpfen, von fremd- oder selbsterstörerischem Hass in der Einengung bis zur ausgelieferten Lähmung in der Ausweglosigkeit erstrecken können.

In einer akuten suizidalen Krise entsteht durch Druck, Unruhe, Verunsicherung, Verwirrung, Verschlussenheit, Angst, Mutlosigkeit und aussichtsloser Hoffnungslosigkeit eine massive Bedrohung der eigenen Existenz. Zunehmend verstärkt sich das Bedürfnis, dem nicht aushaltbaren Druck, der abgrundtiefen Halt- und Schutzlosigkeit

durch das unwiederbringliche Ausschalten des Bewusstseins zu entkommen, worauf der bedeutende amerikanische Suizidologe Edwin S. Shneidman (1993) hinweist. Existenzanalytisch bemerkenswert betont Robert E. Litman (1967) aus psychoanalytischer Perspektive, dass es nicht nur um Druck und Schmerz, sondern auch um den Widerwillen der Person, diesen auszuhalten, geht. Die Entscheidung läuft auf ein Nichtaushalten des Schmerzes und den aktiven Willen, diesen zu beenden hinaus. Die klinische Erfahrung zeigt uns, dass die Verringerung des Druckes dazu führt, dass sich die Einengung weiten und der Entscheidungsspielraum bei Betroffenen vergrößern kann.

Für eine effektive Hilfe bedeutet dies, eine haltgebende Struktur anzubieten, die sich neben möglicherweise notwendiger medikamentöser Behandlung etwa in raumkonstituierendem, aktivem Zuhören, in der einfühlsamen Hilfe, die Probleme zu ordnen, oder als stellvertretendes Handeln zeigen kann. Dadurch kann es zu einer ersten Distanzierung von den Problemen und einem Nachlassen von Unruhe und Verwirrung kommen. In der Folge wird der Lebensmut der Person geweckt, den sie braucht, um sich auf den angebotenen Halt einlassen zu können. Das daraus resultierende Vertrauen impliziert schon bereits den Funken Hoffnung, der die Not des Suizids als „Krankheit der Hoffnung“ (Farber 1968) wenden kann.

Suizidprophylaktisch ist also auf dieser Ebene vorerst eine annehmende Haltung bedeutsam, die ein Wahrnehmen der faktischen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten vor aller Bewertung ermöglicht: Gibt es da für die betroffene Person beispielsweise eine Wohnung, hat sie Geld für den Lebensunterhalt, liegt eine bedrohliche Erkrankung vor? Gleichzeitig stellt sich die Frage: Kann sie eine angebotene Wohnstätte annehmen, ist sie in der Lage, sich das benötigte Geld zu erarbeiten oder zu beantragen, ist sie bereit, sich in ärztliche Behandlung zu begeben? In der suizidalen Krise kann sich die Einwilligung in die Bedingungen und Möglichkeiten der Lebenssituation im Annehmen von Hilfe, in der Bereitschaft zu einer stationären Aufnahme oder in der Einnahme von stabilisierenden Medikamenten zeigen.

Die Wertverarmung im Schmerz und der Lebensbezug als Gefühlsgrundlage

Fehlt dem Menschen die Vitalität für sein Gefühlsleben, mangelt es ihm an der Fähigkeit und Möglichkeit Nähe, Wärme, Wertvolles zu erleben und Beziehungen emotional zu empfinden, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die axiologische Grundfrage verneint wird. „Ich mag nicht mehr, ich bin lebensmüde“, sagt er und leidet unter dem Schmerz und der Schwere des Lebens. Die emotionale Offenheit versiegt, und die Berührbarkeit zeigt sich nur mehr im Belastungserleben. Das vielleicht früher tief empfundene Gefühl, dass es gut ist dazusein, hat keine Resonanz mehr. Dieses fehlende Grundwertgefühl beeinträchtigt das zum Menschen gehörende Wertfühlen, das auch in der suizidalen Einengung nicht aufhört. Das Anzustrebende besteht nun im Aufhören des unerträglichen Schmerzes, in der Lösung vom nicht mehr auszuhaltenden Leben. Häufig finden sich im Vorfeld dieses Erlebens Schutzreaktionen, die sich in sich selbst überforderndem Leisten zeigen oder in Rückzug und Abwendung äußern können. Es kommt zu verzweifelten Wutausbrüchen mit der Sehnsucht nach mehr Leben, und bei zunehmender

Belastung lassen sich Lähmung, Entwertung und Resignation beobachten. Das entstehende Gefühl des Lebensverlustes führt zu Depressivität und in weiterer Folge zur Ausbildung von depressiven Störungen, die prototypisch als „suizidales Syndrom“ mit Gefühlen und Gedanken von Wertlosigkeit, Insuffizienz und Schuld sowie mit Hilflosigkeit und Zukunftsängsten einher gehen, wie auch Manfred Wolfersdorf (2000) anmerkt.

Wenn der Mensch in der suizidalen Krise neben der Abgründigkeit etwas fühlt, dann dass es besser wäre, nicht mehr zu sein. Dinge werden nun attraktiv, die auf die Vernichtung des Lebens zielen. Dieser erhöhten Todesneigung kann durch das Aktualisieren von positiven, biophilen Ressourcen beim hilfeschuchenden Menschen begegnet werden, worauf beispielsweise auch Butollo (1993) hinweist. Im suizidprophylaktischen Gespräch soll auf ein mitfühlendes Eingehen geachtet werden, in dem durch Zuwendung Nähe und Beziehung erlebt werden können. Wichtige Fragen sind: Gibt es da Menschen, die sich durch die Lage der betroffenen Person angesprochen fühlen, die sich Zeit für sie nehmen und wo Geborgenheit erlebt werden kann? Dominiert Druck und Belastung, oder zeigen sich unerfüllte Sehnsüchte und das Gefühl, verstoßen worden zu sein? Shneidman (1993) fand klare Hinweise für das bevorstehende tödliche Ereignis in annähernd 80 Prozent der Fälle in seinen psychologischen Autopsiestudien nach Suizid. Demnach kommunizierten Betroffene ihre suizidale Absicht in Form der gebräuchlichen verbalen und konativen Anzeichen. Schon daraus wird ersichtlich, wie wesentlich die Qualität der mitweltlichen Beziehung ist und welche Bedeutung dem „signifikanten Anderen“ in der Suizidverhütung zukommt.

In der suizidalen Krise ist es gerade die Lebenslust und Lebensfreude, die dem Menschen fehlt. Nichts scheint anziehend, das Erleben ist von Schmerz, Last und Leid durchzogen. Das durch Zuwendung, Empathie und Verständnis signalisierte mitmenschliche Beziehungsangebot ist der erste Schritt und gleichsam die Einladung an den betroffenen Menschen, in das Beziehungsangebot einzuwilligen. Nun liegt es an ihm, sich der Bezugsperson zuzuwenden, Nähe aufzunehmen und sich berühren zu lassen, um das Leben in sich in Schwingung zu bringen.

Dazu nehmen wir im existenzanalytisch orientierten suizidprophylaktischen Gespräch den sachlichen Fokus etwas zurück, um vielleicht mehr Nähe zu ermöglichen. Fragen wie „Was ist es, was Sie am meisten schmerzt?“ können beispielsweise Betroffenen helfen, mehr Nähe auch zu sich aufzunehmen und das Wertvolle im Verlorenen besser in den Blick zu bekommen. Bei der Hinwendung zu einer verlorenen Beziehung braucht der Klient das innere Mitgehen und Mitfühlen der Therapeutin. Gefühle von Trauer, Schmerz, Kränkung, vielleicht auch von Wut und Verbitterung sollen zum Ausdruck kommen können, um Spannung und Druck abzubauen. Die therapeutische Haltung ist: Da ist jemand, der berührt ist, der Interesse hat, der sich Zeit nimmt, für den der Klient jetzt wichtig ist. In der Folge ist ein Trauern über das Belastende eher möglich, und es entsteht vielleicht der Boden des Vertrauens und der Beziehung für den nächsten Schritt.

Die Aufwühlung in der Krise und die Stimmigkeit im authentischen Selbstbezug

Nun kann zwar entsprechender Lebensraum und auch ein

gewisser Lebenswert für einen Menschen vorhanden sein, und doch können Gefühle von Scham und Schuld die ganz persönliche Frage nach der Rechtfertigung seiner selbst aufwerfen: „Hab ich nach dem, was ich angerichtet habe, noch eine Berechtigung zu leben“, wirft er aufgewühlt nach einem im alkoholisierten Zustand verursachten Verkehrsunfall die ethische Frage auf. Darf er sich in seiner verletzlichen Ich-Identität noch anerkennen, noch ernst nehmen, und wie soll er die übermächtig erlebte Verantwortungslast für sein Tun übernehmen? Kann so jemandem jemals noch mit Respekt begegnet werden? Mögliche Schutzreaktionen wie das Distanzieren, Funktionieren ohne innere Beteiligung oder Zorn- und Ärgerreaktionen können mit Leugnen und Spalten zum Kontaktverlust mit sich selbst führen, der zu Selbstentfremdung und hysterischen Entwicklungen beiträgt (Längle 2002).

Im Umgang mit Suizidalität ist demnach auf höchstmögliche Authentizität der Bezugspersonen Wert zu legen. Ein Mensch, der Einsamkeit, Ruhelosigkeit und Verletztheit in seiner suizidalen Krise erlebt, ist besonders für Beachtung, Wertschätzung und Bestätigung von einer Bezugsperson sensibilisiert. Die Fragmentierung auf ein funktionales Niveau beim Therapeuten oder der Rückzug auf ein Expertenwissen kann nämlich genau jene Frustration erzeugen, die der Öffnung einer suizidal eingegangenen Person geradezu entgegensteht. Dabei genügt es meist nicht, im Gespräch den Selbstwert stabilisierend anzuregen, es braucht auch das aktive Zutun der betroffenen Person. Eine personale Begegnung zu riskieren, sich selbst als Mitmensch authentisch ins Spiel zu bringen, bereitet aus der klinischen Erfahrung dieses „Zwischen“, in dem sich für einen Menschen in einer suizidalen Krise jener Begegnungsraum eröffnet, der es ihm ermöglicht, sich für die Inanspruchnahme des Hilfsangebotes zu entscheiden. Berücksichtigen wir die häufig feststellbare Ambivalenz einer suizidalen Person, die einerseits den Impuls sich umzubringen, andererseits die Sehnsucht nach Intervention und Rettung beinhaltet (Shneidman 1993), so wird die Bedeutung der personalen Begegnung in aller Dringlichkeit sichtbar. Ein existenzanalytischer Zugang achtet besonders darauf, Ressourcen der betroffenen Person zu aktivieren und zu aktualisieren. Der Blick fällt auf noch Gelingendes, auf die noch spürbaren Kompetenzen und erst in zweiter Linie auf Defizite und Störungen. Es geht zuerst um die Entlastung von dem, was zu dem jetzigen Zustand geführt hat, allerdings wird auch die Verantwortung für das Umgehen mit inneren und äußeren Bedingungen und Umständen angesprochen.

Klaus Dörner (1993) verweist darauf, dass er im suizidprophylaktischen Gespräch Betroffenen ihr subjektives und situatives Recht, sich zu töten, zugesteht. Daraus resultiere eine Reduktion des Rechtfertigungsdrucks bei der betroffenen Person. In weiterer Folge signalisiert er ihr damit, dass sie für die Lösung ihres Problems im Sinn der Nutzung der Krise etwas getan hat. Der Entschluss, weiter zu leben, befreit den Menschen wieder zur Existenz. Darüber hinaus fördert die Anerkennung der Möglichkeit, sich selber zu töten, den Abstand des Betroffenen gegenüber dem eigenen suizidalen Handeln. Diese Selbst-Distanzierung ermöglicht einen ersten Schritt aus dem situativen Gezerre und bringt den Menschen mit seinem innersten Gespür in Beziehung. Dadurch eröffnen sich wieder neue Möglichkeiten seines Lebens. „Kann er wieder wäh-

len, so wählt er das Leben“, behauptet Dörner (1993, 10). So wird der Mensch in der suizidalen Krise in weiterer Folge vielleicht eine Gewissheit entdecken, die es ihm ermöglicht, zu sich selber zu stehen, seine Authentizität zu spüren, sich Trost spenden zu können und sich als wertvoll zu erleben. Dadurch entsteht jene Wertschätzung, durch die der Mensch das Empfinden bekommt, so sein zu dürfen, wie er ist.

Der Sinnverlust in der Ausweglosigkeit und der Sinnbezug als Handlungsperspektive

„Es hat keinen Sinn mehr“, lautet die Antwort des Verzweifelten auf die existentielle Frage nach dem Wozu des Weiterlebens. Das Verständnis für die Zusammenhänge, in denen er sich und seine Welt begreift, ging verloren. Es gibt nur eine Richtung für die Handlungsfähigkeit, nämlich die der Selbstvernichtung, denn kein anderer Wert kann in der Zukunft erblickt werden. Vielleicht hat er sich in letzter Zeit kaum noch auf dieses Leben eingelassen, hat durch Zynismus und Sarkasmus, letztlich im Nihilismus sein frustriertes Sinnstreben abgewehrt. Häufig lässt sich ein Abgleiten in eine Sucht, gleichsam in den „protrahierten Suizid“, beobachten. Abgrundtief wird in der suizidalen Krise die Leere, Unerfülltheit, das Scheitern und die Verzweiflung erlebt und berichtet. „Was muss ich tun, um aus all dem heraus zu kommen“, fragt sich der Betroffene in seiner Ausweglosigkeit und sieht im Suizid die einzig annehmbare Antwort. „The common purpose of suicide is to seek a solution“, postuliert Shneidman (1993, 34). Für den Autor ist ein Suizid keine zufällige, sinnlose Handlung. Zunächst durchaus ähnlich formuliert der Logotherapeut Peeck (1991, 82): „Würde der Suizidant mit der suizidalen Handlung keinen Sinn verbinden, würde er sie nicht vollziehen.“ Allerdings sieht letzterer den intendierten Wert im Erleben einer übergreifenden Einheit jenseits der Todesgrenze, während sich für Shneidman das angestrebte Ziel im Aufhören des Bewusstseins zeigt.

Wenn wir Verzweiflung als die Unfähigkeit zur Entscheidung verstehen, so wäre die häufig im Vorfeld von Suiziden beobachtbare scheinbare Besserung der Befindlichkeit bzw. Normalität des Verhaltens die Ruhe des Entschlossenen, der sich bereits auf seinem tödlich endenden Ausweg befindet.

Im Umgang mit Suizidalität ist darauf zu achten, dass es für Betroffene nicht unbedingt ausreichen muss, in einem Tätigkeitsfeld zu stehen und sich in einem Zusammenhang zu wissen und Werte in der Zukunft zu haben. Vielmehr ist die phänomenologische Haltung der Offenheit notwendig, die den Menschen zu Trauer, Schmerz, Leiden, Sehnsucht, Hoffnung, Liebe oder Glaube befähigt. Durch seine Weltoffenheit ist es ihm möglich, sich von der Situation befragen zu lassen. In diesem Zusammenhang betont Dörner (1993), dass der Anspruch auf das Recht, den Zeitpunkt seines Todes zu bestimmen, die Veränderung der Offenheit des Menschen in ein geschlossenes System bedeutet und dadurch das spezifisch Humane verloren geht. Dadurch reduziert sich der Mensch existenzanalytisch betrachtet um die noetische Dimension. Frankl würde dem oben angeführten Zitat Shneidmans wohl vehement widersprechen. Er betont, dass „ein Selbstmord kein Problem lösen kann“ (1991, 89). Im Leben wird demnach kein Problem gelöst, indem man das Leben wegwirft. Es geht vielmehr darum, dem Menschen in seinem Dasein ein Ziel und einen Zweck finden zu lassen,

womit er eine Aufgabe vor sich sehen kann. Die ethische Forderung Frankls, die im übrigen auch Erwin Ringel in Patientengesprächen vertrat (persönliche Mitteilung von Gerhard Sonneck), berührt verstärkt die Grundhaltung von Ärzten und Therapeuten in ihrer Auseinandersetzung mit dem Wert des Lebens.

Aus Sicht der neueren Existenzanalyse bekommt zwar die emotionale Befindlichkeit des Betroffenen und sein Bezug zum Leben ein stärkeres Gewicht, trotzdem wird aber nach der dialogischen Konzeption der Existenz auch die Frage aufgeworfen, was das Leben von diesem Menschen, was die Situation von ihm erwartet, was er jetzt tun kann und tun soll für sich oder für andere. Der Tod durch Suizid kann ein Modell der Daseinsbewältigung für Angehörige darstellen und in Krisenzeiten zur Nachahmung verführen und hinterlässt als soziale Tragödie tiefen Schmerz, Gefühle von Schuld und Versagen bei den Hinterbliebenen. Diesen Sachverhalt im Beratungs- oder Therapiegespräch mit suizidalen Menschen nicht auszublenden, scheint für das Auffinden von Gründen für ein Weiterleben bedeutsam zu sein. Dabei wird die persönliche Verantwortung angesprochen, wenn dem Gefährdeten aufgewiesen wird, dass es letztlich an ihm liegt, sich mit der Situation abzustimmen, zu überlegen, ob es auch gut ist für ihn, für andere, für die Zukunft, für die Welt, in der er noch steht.

Literatur

- Antonowsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Butollo W (1993) Das dialogische Prinzip und die Suizidprävention. In: Giernalczyk Th, Frick E (Hg) Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze. Regensburg: Roderer, 11-25
- Dörner K (1993) Schnittpunkte des Rechts zu leben und der Rechts zu sterben. In: Giernalczyk Th, Frick E (Hg) Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze. Regensburg: Roderer, 11-25
- Farber M L (1968) Theory of Suicide. New York: Funk & Wagnalls
- Frankle A (1993) Suizidprophylaxe – Samaritertum oder professionelle Dienstleistung. In: Giernalczyk Th, Frick E (Hg) Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze. Regensburg: Roderer, 26-40
- Frankl V E (1991) Ärztliche Seelsorge. Frankfurt: Fischer
- Frankl V E (1998) Hunger nach Brot, Hunger nach Sinn. In: Frankl VE: Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Weinheim: Beltz, 259-264
- Längle A (1997a) Das Ja zum Leben finden. In: Längle A, Probst Ch (Hg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeit. Wien: Facultas, 13-32
- Längle A (1997b) Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. In: Längle A, Probst Ch (Hg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeit. Wien: Facultas, 149-169
- Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 1, 15, 16-27
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. Fundamenta Psychiatrica, 5-13
- Litman R E (1967) Sigmund Freud on suicide. In: Shneidman ES (Ed) Essays in Self-Destruction. New York: Science House, 324-344
- Peeck S (1991) Suizid und Seelsorge. Stuttgart: Calwer Verlag
- Shneidman E S (1993) Suicide as Psychache. A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.
- Wolfersdorf M (2000) Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart: WVG

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Anton Nindl
 Thumegger Bezirk 7/1
 A-5020 Salzburg
 anton.nindl@existenzanalyse.org

„... und nach einem Suizid muss ich weiterleben!“

Rupert Dinthobal

„Ihr habt die einzige egoistische Tat meines Lebens verhindert. Jetzt bin ich verurteilt, verdammt, zu leben!“ Diese Aussage stammt nicht etwa von einem französischen, existentialistischen Autor, sondern von Karin, die mich mit diesem Satz im Unterbringungsbereich der Station für Krisenintervention und Suizidprävention begrüßt hat. Ich sollte sie während ihres Aufenthaltes psychotherapeutisch betreuen.

Karin, eine attraktive, 44 jährige Frau, wirkt auf mich im ersten Eindruck entschlossen, stark, ja aggressiv. Ein Pfleger ist gerade damit beschäftigt, sie zu beruhigen, weil sie mit einem umwickelten Arm versucht, die Fensterscheibe einzuschlagen. „Ich halte das Eingeperrtsein nicht aus, ich brauche Freiheit und Luft.“ Es gelingt dann relativ schnell, einen ersten Kontakt mit ihr zu knüpfen. Auf mein Angebot der psychotherapeutischen Begleitung antwortet sie: „Wenn Sie glauben, daß es etwas bringt, dann ja.“ Dem Aufnahmedekurs entnehme ich, daß sich Karin mit einer hohen, im potentiell letalen Bereich liegenden Dosis Theophyllin, einem Asthmamittel, das Leben nehmen wollte, einige Stunden im Koma lag, an einem hirnanorganischen Psychosyndrom litt, zeitlich und örtlich desorientiert war. Später stellte sich eine Hippokampusläsion im Gehirn heraus, die ihre Merkfähigkeit, besonders was das Kurzzeitgedächtnis betrifft, stark einschränkt. Auch wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert.

Wie ein roter Faden zog sich Karins Negativismus durch die zweijährige, zuerst vollstationäre, dann tagesklinische und schließlich ambulante Behandlung: „Warum hat mich meine Tochter gefunden? Mein Fehler war, daß ich nicht im Schlafzimmer geblieben bin. Ich wollte sterben. Mein Leben hat keinen Sinn mehr. Ich bin vergewaltigt zu leben.“

Karin gab im Laufe ihres Aufenthaltes immer mehr Sequenzen ihres Lebens preis: Ihr Gatte war Tischlermeister, in dessen Betrieb sie voll mitgearbeitet hat. Sie ist LKW gefahren, hat schwere Güter abgeladen, die Buchhaltung gemacht und in der Zwischenzeit ihren Mann und ihre kleine Tochter versorgt. Den Haushalt hat sie nebenbei bewältigt. Ein Einbruch im wahrsten Sinne des Wortes ereignete sich vor fünf Jahren, als ihr Mann tödlich verunglückte.

Zwei weitere Verluste entzogen dann Karin jeden Lebenssinn: Ihre Tochter, inzwischen zwanzig Jahre alt und ins Berufsleben eingetreten, findet einen Freund und braucht folglich - nach Meinung Karins - die Mutter nicht mehr. Schließlich wird Karin von ihrem Freund verlassen, nicht zuletzt deshalb, weil ihre Tochter ihn nicht akzeptiert. „Mein Leben ist sinnlos und leer, weil es niemanden gibt, für den ich dasein kann.“ Das klassische „Wofür zum Leben“ ist verschüttet, die Selbsttranszendenz blockiert, die vierte Grundmotivation eingebrochen.

Karin *spürt* nun, dass ihre Lebensperspektive, das „Wofür zum Leben“ abhanden gekommen ist in einer depressiven Phase (2. GM). Karin hat im Leben *ihren Mann gestellt* – im wahrsten Sinne des Wortes. Härte zu sich, Klarheit, Wahrhaftigkeit und Gerechtigkeit waren die Grundtugenden ihrer Lebensphilosophie. Die Frage „Was mag ich?“ hat sich Karin in ihrer Kindheit nie stellen können, bzw. hat sie sich auch später nie gestellt. Sie *musste* funktionieren: während ihrer Kindheit als Vermittlerin zwischen ihren Halbbrüdern und ihrem Vater, später in der Familie ihres Mannes - und nach dessen Tod, um ihrer minderjährigen Tochter eine Existenz zu ermöglichen. Schließlich hatte sie auch keine Zeit, den Tod ihres Mannes zu betrauern. Eine schwere Depression war die Folge. Des-

halb verwundert die Antwort auf die Frage nach der zweiten Grundmotivation nicht: „Wie war ihr Leben-Mögen vor Ihrem Suizidversuch?“ – die Antwort war: „Null. Ich *mochte* einfach nicht mehr leben“.

Wer ist nun Karin? (Die Frage nach ihrer Person, also nach der 3. GM). Sie erscheint als starke Powerfrau, die nie gelernt hat auf ihr Inneres zu horchen. *Spüren* war nie gefragt. „Ich bin mein Leben lang nie gefragt worden, was ich will.“ Der Vater, eine Zeit lang beim Militär, wollte Karin nach seiner Art erziehen. Offener Widerstand war zwecklos, eine innere Verhärtung bei Karin war die Folge. Wenn sie eingesperrt wurde, um eine bestimmte Speise zu essen, schleuderte sie diese mit dem Löffel portionsweise durchs Fenster. Wer sie später zum Feind hatte (Frauen waren da besonders gefährdet) hatte nichts zu lachen, konsequente, unerbittliche Ablehnung waren die Folge. Schwarz/weiß sind ihre Lieblingsfarben, schwarz/weiß ist sie gekleidet, schwarz/weiß ist ihre Welt strukturiert. Technische Zeichnerin hat sie gelernt, klare Linien zeichnen ihr Lebensbild, jede Abweichung davon, jeder Schnörkel ist ihr ein Greuel.

In den Grundzügen könnte man Karins Entwicklung folgendermaßen verstehen: Durch den Tod ihres Mannes knickte ihre Lebensperspektive ein, ihr Lebenssinn ging durch das Erwachsenwerden der Tochter und das Verlassenwerden durch den Freund verloren (4. GM). Aber getreu ihrem Lebensmotto: *stark sein, durchhalten, funktionieren, alles mit sich selber ausmachen* (was auf eine mangelhafte Entwicklung der Bezugnahme zum anderen hin deutet, dem Personwerden *am* und *mit* dem anderen, also der 3. GM), verabsäumte sie, sich professionelle Hilfe zu holen. Der *Dialog nach außen*, das *lebendige Atmen der Person*, brach zusammen. Ihre *Dialogfähigkeit nach innen* war schon lange einer Erstarrung, einem Funktionieren gewichen. Karin hatte die Offenheit für die eigene emotionale Bewegtheit aus der Wahrnehmung verloren. Dieser mangelnde Kontakt zur eigenen Lebendigkeit führte in eine zunehmend depressive Entwicklung (2. GM) als sichtbares Warnsignal. Als letzte Möglichkeit sah sie – die nur „Alles oder Nichts“ in

ihrem Bewältigungsrepertoire hatte – den Suizid als Ausweg. Somit zerbrach auch die 1. GM, der Seinsgrund. Sie hatte ihr Leben lang Halt vorwiegend in sich selbst geschaffen. Diese Strategie reichte jetzt allerdings nicht mehr aus, um das Leben zu bewältigen. Das was ihr an Schicksal widerfuhr, erschütterte den Halt in der Welt und den Halt im eigenen Können. Somit zerbrach auch die 1. GM, der Seinsgrund. *Man könnte nun ihre suizidale Entwicklung als kaskadenartigen Einbruch der vier Grundmotivationen beschreiben*, der schließlich zum „Ich will nicht mehr leben“ führte. Die Zurücknahme an Lebendigkeit hatte zum Zeitpunkt des Suizidversuchs also schon einen Weg hinter sich und konnte somit in den Wunsch kippen, das Leben gänzlich zu lassen.

Wie meiner Meinung nach die suizidale Entwicklung ein *kaskadenartiger Einbruch der vier Grundmotivationen* war, so könnte man auch die *Therapie als stufenweisen, schichtweisen Aufbau der vier Grundmotivationen* sehen. Die Basis bildete - wie bei fast allen anderen Therapien in ähnlichen Situationen - das Aushalten der schwierigen, fast aussichtslosen Lage. *Aushalten und Da-sein* waren angesagt (1.GM), vor allem auch, wenn ihr Negativismus mit verbaler, aber auch passiver Aggression gekoppelt war. Diese Haltung des Da- und Mit-seins bewirkte ein erstes Aufweichen ihrer Verhärtung. Als Prüfsteine auf diesem Weg kamen der Verlust ihrer Arbeitsstelle hinzu, das Wegbrechen von Bekannt- und Freundschaften, der unerwartete Studieneintritt ihrer Tochter, die mit ihrem Freund während der Woche am Studienort lebte – und schließlich das Bewusstwerden, dass sie – wenigstens derzeit – nicht mehr arbeitsfähig war, und um Frühpension ansuchen musste – sie, der Arbeit so viel bedeutete. Die verminderte Merkfähigkeit verhinderte einen Wiedereintritt in den Arbeitsprozeß.

Eine weitere Aufweichung ihrer verhärtet negativistischen Haltung ermöglichte der *Trauerprozeß* um den Tod ihres Mannes. Hier wurden die Themen der 2. GM berührt. Karin konnte oft weinen, was ihre Züge etwas weicher werden ließen. Doch einen wirklichen Durchbruch bedeutete das nicht. Sie wurde immer wieder suizidal, gepaart mit latenter Ag-

gression, was für uns als Behandlungsteam (Ärztin, Therapeut, Bezugspflege) oft schwer auszuhalten war. Entscheidend für den Therapieverlauf war dann die Konfrontation mit ihrer lebensverneinenden Haltung. Hier versuchten wir Karin als Person anzusprechen (3. GM). Wir machten ihr klar, dass wir nur *zusammen mit ihr* einen sinnvollen Behandlungsweg gehen könnten – und nicht gegen sie. „Es ist sinnlos, wenn wir auf die eine und Sie auf die andere Seite ziehen. Wollen Sie mit uns den Weg in Richtung Leben gehen?“ Ihre Antwort war ein grundsätzliches Ja, das wir durch Hinterfragen gefestigt haben. Die zweite Frage bezog sich auf das *Wie*, um dieses Ziel zu erreichen. Diese Frage brachte allerdings wenig konkrete Ergebnisse. Doch durch die Konfrontation vollzog sich ein spürbarer Wandel im Behandlungsverlauf. Karins Panzer wurde löchriger, es kam ihr ab und zu ein Schmunzeln aus und sie machte manchmal auch selber Scherze – natürlich nur trocken.

Karin kann heute, 2 Jahre nach ihrem Suizidversuch (man muss in ihrem Fall eher von einem misslungenen Suizid sprechen) allein in ihrer Wohnung leben,

in gutem Kontakt mit einer Freundin, im Beziehungsgefüge des Stammtischs. Die Stimmung ist stabilisiert. Karin kommt monatlich zur Nachsorge. Tragende Lebensperspektive (im Sinn der 4. GM) hat sie jedoch keine gefunden. „Ich bin zu blöd, mich umzubringen. Nun will ich den Sozialstaat ausnützen, ich hab ja lange genug eingezahlt!“. Aber auch: „Ich will das Leben, soweit wie möglich, genießen. Ich geh´ ins Kaffeehaus, lese die Zeitungen, auch öfters, weil ich das meiste gleich wieder vergesse. Langweilig wird mir eigentlich nie.“ Freilich laufen Karin immer noch Tränen die Wangen hinunter, wenn ihre Wunden berührt werden. Und: „Es gibt Dinge, über die ich noch nicht geredet habe, die ich auch nicht sagen will.“ In diese Bereiche sind wir (noch?) nicht vorgedrungen. – Die große Frage: Ob diese Sinnperspektive zum (Über-)Leben reichen wird? Wir werden Karin weiter begleiten.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. theol. Rupert Dinhl
Wolfsgartenweg 34/9
A-5020 Salzburg
rupert.dinhl@existenzanalyse.org*

Lebensmüdigkeit und Selbstbestimmung Zum ethischen Dilemma ärztlichen Handelns

Gundula und Hans-Walter Ruckebauer

Der Beitrag diskutiert die Problematik des sogenannten Bilanzsuizids im Alter vor dem Hintergrund einer Patientengeschichte.

Die häufigste psychische Beeinträchtigung im Alter ist die Depression. Suizidales Verhalten oder wiederkehrende Gedanken an Suizid gelten in der Gerontopsychiatrie als diagnostische Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Störung (Wetterling 2001, 99). Die Zunahme der Lebensmüdigkeit geht im Alter mit einer erhöhten Suizidgefährdung einher. Statistisch betrachtet kommt den Alterssuizidenten eine

relativ hohe Erfolgsquote zu. Korreliert man die Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen mit dem Alter der Betroffenen, zeigt sich, dass Suizide mit steigendem Alter zu-, Suizidversuche hingegen abnehmen (Wächtler 2003, 450).

Ist es aus ärztlicher Sicht zulässig, einen Menschen nach einer suizidalen Handlung als „nicht krank“ anzusehen? Ist Suizidalität ein vorrangig therapeutisches Problem oder steht dahinter eine autonome Willensentscheidung, die es zu respektieren gilt? Gibt es denn einen Bilanzsuizid jenseits des philosophischen Konstrukts? Und sind wir beim betagten,

am Leben müde gewordenen Menschen eher bereit, einen solchen zu konstatieren? Oder hat erst die-/derjenige Suizidale die Freiheit, sich gegen das Leben zu entscheiden, bei dem unser therapeutisches Repertoire versagt? Ist somit die Nichtübereinstimmung mit unseren therapeutischen Konzepten so etwas wie der Aufweis eines relevanten Freiheitsgrades? Polemisch verkürzt: Darf erst der/die therapieresistente PatientIn selbst über sich verfügen?

Das Patientenwohl zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge

Ein ehrwürdiger Grundsatz der ärztlichen Ethik lautet „salus aegroti suprema lex“. Das Wohl der/s Kranken wird dabei vorrangig aus ärztlicher Sicht in den Blick genommen, getragen von der Leitidee eines im Kompetenzgefälle zwischen MedizinerIn und Laien verwurzelten wohlmeinenden Paternalismus. Dominant ist das medizin-ethische Prinzip der Fürsorge. Die Sorge einer/s anderen kann aus bester Kenntnis und in bester Absicht erfolgen und dennoch unversehens mit meinen Vorstellungen, Wünschen, Bedürfnissen, kurz: mit meiner Selbstbestimmung, in Konflikt geraten. Damit rührt sie aber an einen Grundpfeiler neuzeitlich aufgeklärten Selbstverständnisses: Im Gefolge Immanuel Kants meint die Autonomie des Menschen seine Fähigkeit, sich selbst Gesetze des Wollens und Handelns zu geben, was für Kant zugleich den Grund für die Würde des Menschen ausmacht.¹ In der modernen liberalen und demokratischen Gesellschaft wird unter Autonomie das Recht verstanden, über die eigenen Belange unabhängig von äußeren Zwängen bestimmen zu können. Dieses Vermögen ist freilich nie absolut, sondern auf individueller Seite bezogen auf die unverfügbaren Lebensumstände sowie in sozialer Hinsicht begrenzt durch das Selbstbestimmungsrecht anderer.

Die Achtung der Selbstbestimmung hat beispielsweise den strafrechtlich verankerten Schutz vor Heilbehandlungen gegen meinen Willen zur Folge. Somit ist der eingangs erwähnte Grundsatz zu erweitern: „salus ex voluntate aegroti suprema lex“. Diese Formulierung zollt der freien Entscheidung der/s

Kranken Respekt und stellt das Arzt-Patienten-Verhältnis in den Kontext einer vertraglichen Relation. In moralischer Hinsicht verstärkt sich damit die Spannung zwischen Fürsorge- und Autonomieprinzip: Ab welchem Ausmaß der Selbstschädigung – der Bogen spannt sich von der versicherungsmathematisch relevanten risikoreichen Lebensführung über Suchtmittelabusus bis hin zum Suizidversuch – ist eine Güterabwägung zu Lasten der Selbstbestimmung ethisch zulässig, vielleicht sogar geboten?

Im Rahmen von Krankheit und Gesundheitswesen tritt allerdings nicht allein der ärztliche Paternalismus als Antagonist von Freiheit und Autonomie der/des Einzelnen auf. Auch die eingeschränkte Zugänglichkeit und Realitätswahrnehmung auf Grund einer geriatrischen und/oder psychischen Not verringert den Gestaltungsraum von PatientInnen. Hinzu kommen der soziale Druck aus der Interaktion zwischen Pflegeteam, PatientIn und Angehörigen im „Betrieb“ der Medizin sowie ein vielgesichtiger struktureller Druck, der von der Hausordnung über Dienstpläne bis hin zu echter Ressourcenknappheit reichen kann.

Herr Josef

Ein 88-jähriger Mann wird wegen einer akuten Herzschwäche an die medizinische Abteilung eines Krankenhauses überwiesen. Die Abklärung ergibt eine Batterieerschöpfung des Herzschrümmers, die zu Rhythmusstörungen und zur kardialen Dekompensation geführt hat. Ein Aggregatwechsel des Schrittmachers wird geplant; die umfassende Aufklärung des Patienten dokumentiert.

Nach Stabilisierung der Herzleistung ist der Eingriff möglich, und der Patient wird mit dem Bett in den OP-Vorraum gebracht. Dort nimmt er sein unter der Bettdecke verstecktes Jausenmesser hervor, schneidet sich die Pulsadern der linken Hand auf und fügt sich drei Bauchstiche zu. Umgehend wird er chirurgisch versorgt (Laparoskopie); während derselben Sitzung wird auch das Schrittmacheraggregat erneuert. Noch am selben Tag wird er mit einer polizeiärztlichen Zuweisung wegen akuter Selbstgefährdung und suizidaler Einengung an eine geronto-

psychiatrische Abteilung transferiert und dort im geschützten Bereich stationär aufgenommen.

Eigen- und Fremdanamnese zeichnen folgendes Bild: Herr Josef blickt auf ein hartes Arbeitsleben zurück. Vor dem Zweiten Weltkrieg hatte er in einem Bergwerk gearbeitet, während des Krieges war er Funker gewesen, danach Schuster und zuletzt Fahrdienstleiter bei den Bundesbahnen. Stolz berichtet er immer wieder davon, einen Skischuh entwickelt zu haben, wofür er damals viel Anerkennung erhalten habe. Er hat drei Kinder, lebte bis zuletzt im Haushalt seines Sohnes, wo er sich aber selbst versorgte. Diese Selbständigkeit ist ihm sehr wichtig. Ein Sohn ist im Alter von 31 Jahren an Krebs gestorben; seine Frau vor vier Jahren nach schwerer Krankheit. Herr Josef hat sie über mehrere Jahre bis zuletzt gepflegt. Schon damals habe er sich intensiv mit aktiver Sterbehilfe beschäftigt und vor allem die Entwicklung in den Niederlanden via Fernsehen verfolgt. Er äußert große Angst vor eigener Pflegebedürftigkeit. Der geplante Eingriff an seinem Schrittmacher hätte ihm große Sorgen bereitet, weil er weder den Sinn noch das Ausmaß des geplanten Eingriffes verstanden habe.

Am dritten Tag des stationären Aufenthaltes auf der geschlossenen Abteilung der Gerontopsychiatrie findet die Erstanhörung durch die Gerichtskommission gemäß Unterbringungsgesetz (UbG, BGBl 1990/155) statt. Das Gericht hat sich nach österreichischem Recht binnen vier Tagen ab Kenntnis der Aufnahme einen persönlichen Eindruck vom Patienten zu verschaffen (UbG § 19 Abs. 1). Meist wird zugleich geklärt, ob die Voraussetzungen für eine Unterbringung im geschützten Bereich erfüllt sind. Im Fall des Herrn Josef geht es dabei um die Frage, ob er „an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit [...] ernstlich und erheblich gefährdet“ (UbG § 3 Abs. 1). Die etwa zehnmündige Untersuchung durch den Sachverständigen für Psychiatrie schließt mit dem Ergebnis, dass Herr Josef seinen Suizidversuch „bilanzierend“ unternommen habe. Mit Wegfall der Schmerzen und Beklemmungszu-

¹ Bei Kant ist diese Selbstgesetzgebung rein formal bestimmt (vgl. den so genannten „kategorischen Imperativ“).

stände sei der Bilanz die Grundlage entzogen; eine psychische Erkrankung liege nicht vor. Folgerichtig erklärt die Gerichtskommission die weitere Unterbringung im geschützten Bereich für unzulässig.

Die Rolle der/s Sachverständigen ist auf den Bereich der medizinischen Sachverhaltsfragen begrenzt (Hopf/Aigner 1993, 68; Anm. 8 zu UbG § 22). Das Gesetz verwendet den Begriff „psychische Krankheit“ im Sinn „alle[r] Zustandsbilder, die nach dem jeweils aktuellen medizinischen Wissensstand als psychische Krankheit zu werten sind“ (Hopf/Aigner 1993, 10; Anm. 4 zu UbG § 3). Im Zusammenhang mit unserer Patientengeschichte fällt ins Auge, dass der Gutachter offensichtlich wie selbstverständlich von der prinzipiellen Möglichkeit eines Bilanzsuizids ausgeht. Kurioser Weise gebraucht er diese Kategorisierung jedoch mit Bezug auf eine situativ unmittelbar erlebte (Lebens-)Bedrohung durch starke Herzbeklemmung. Ein Suizidversuch allein aus dieser Motivation hat jedoch deutlich appellativen Charakter, wofür bei Herrn Josef klar das Moment der „dramaturgischen Inszenierung“ im OP-Vorraum als Ausdruck großer Not und Verzweiflung spricht. Die Argumentation des Sachverständigen ist hier begrifflich nicht schlüssig. Für eine Bilanzierung, womit sich doch die Vorstellung eines stärker distanzierten Abwägens verbindet, ließen sich vielmehr Gründe aus der Anamnese gewinnen: Herrn Josefs Angst vor eigener Pflegebedürftigkeit, die Beschäftigung mit dem Thema des assistierten Suizids, Pflege und Verlust seiner Frau etc. Was bleibt, ist die Frage, ob die Nachvollziehbarkeit einzelner „Posten“ der negativen Lebensbilanz eines hochbetagten Menschen ausreicht, ihm die „rationale“ Entscheidung des Bilanzsuizids zuzubilligen. Oder handelt es sich dabei nicht viel eher um eine krasse „Fehldeutung der Suizidalität älterer Menschen“ (Wächtler 2003, 450)?

Kann der Suizid ein Freitod sein?

Aus der Liste geistesgeschichtlich renommierter Verfechter des Rechts auf

Selbsttötung (vgl. die Zusammenschau von Bauer 2002) sei hier exemplarisch Arthur Schopenhauer (1788–1860) herausgegriffen. Nüchtern definiert er der Sache nach den Bilanzsuizid. Seinem Leben ein Ende zu machen, wird als eine rational gesteuerte, voll zu verantwortende Tat angesehen, zu der sich jemand entschließt, „sobald es dahin gekommen ist, daß die Schrecknisse des Lebens die Schrecknisse des Todes überwiegen“ (Schopenhauer 1877, § 159). Der Wiener Literat Hanns Maier alias Jean Améry (1912–1978) wird den selbst gewählten Tod ein Jahrhundert nach Schopenhauer sogar zum großen Akt der Befreiung stilisieren. In seinem Diskurs über den Freitod betont er gerade das Moment der freien Entscheidung im einsamen Ergreifen seiner Individualität², ja sieht im Suizid die höchste Form menschlicher Freiheit verwirklicht (vgl. Bronisch 1995, 91).

Dem steht die Auffassung diametral entgegen, die im Suizidgefährdeten den Patienten sieht, dem Krankheitseinsicht zu vermitteln ist. Die Zuordnung des Suizidphänomens in den psychiatrischen Zuständigkeitsbereich ist unlösbar mit dem Wirken Erwin Ringels verknüpft. Seine 1953 veröffentlichte Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern vertritt bereits im Titel die Krankheitsthese (Ringel 1999). Ebendort stellt Ringel erstmals seine Theorie des „präsuizidalen Syndroms“ dar, die in allen späteren einschlägigen Publikationen aus seiner Hand wiederkehrt. Damit wird jene seelische Verfassung beschrieben, die dem Großteil suizidaler Handlungen vorausgeht. Drei Elemente bauen in je unterschiedlicher Gewichtung das präsuizidale Syndrom auf: zunehmende gedankliche „Einengung“, Autoaggression und Suizid- bzw. Todesfantasien (Ringel, Sonneck 1994, 99). Zentral ist dabei die fortschreitende Einengung der/des Gefährdeten in den Gestaltungsmöglichkeiten. Die Person erlebt sich als ausgeliefert an bedrohliche und unveränderbare Umstände, so dass als letztes Sein-Können das Nicht-Sein übrig bleibt. Die Perspektivenlosigkeit hat ihre Wurzeln zumeist in besonderen Schicksalskonstellationen, wie zum Beispiel dem drohenden oder dauerhaften Verlust von

Fähigkeiten (Insuffizienz- und Abhängigkeitsgefühle) oder einem tiefgreifenden lebensgeschichtlichen Ereignis (Tod eines nahen Menschen, Angst vor bzw. Diagnose einer unheilbaren Krankheit). Diese situative Einengung kann die Dynamik der „schwarzen Brille“ in Gang bringen, durch die die Realität nur noch in die eigene Einschätzung bestätigenden Grautönen erscheint („Es ist alles wert- und sinnlos.“). Insbesondere bei alten Menschen kommt mit hoher Wahrscheinlichkeit noch eine Einengung der Welt der zwischenmenschlichen Beziehungen hinzu, weil immer mehr Angehörige und Freunde „wegsterben“.

Nach Ringels Vorstellung von Präsuizidalität verfügt ein suizidaler Mensch nur mehr in stark eingeschränktem Maße über die Fähigkeit, lebensbehaltende Werte aufzuspüren und abzuwägen; sein Entscheidungs- und Handlungsspielraum sowie die Wertfähigkeit sind erheblich eingeengt. Das wirkt sich freilich entscheidend auf die ethische Dimension der Suizidproblematik aus: Wenn die Willensfreiheit zu Recht als die unerlässliche Möglichkeitsbedingung der zu verantwortenden Zurechnung, somit von Sittlichkeit überhaupt, gilt, dann verliert die Selbsttötung im Kontext von Ringels Krankheitsthese und Freiheitsverständnis jede ethische Brisanz (Holderegger 1977, 10); in letzter Konsequenz kann sie der Täterin/dem Täter im moralischen Sinn nicht zugerechnet werden. Die Pathologisierung des Suizidalen entschärft zwar ärztliche Entscheidungskonflikte, kippt jedoch in der Extremform bei Ringel in einen Paternalismus, der der betroffenen Person nicht mehr gerecht wird.

Von den Kränkungen des Alters

Ohne einem unreflektierten Defizitmodell des Alterns das Wort zu reden, können die körperlichen und psychosozialen Veränderungen des Alterns als verlustreich erlebt und als schmerzliche Kränkungen sichtbar werden; sie zeigen sich:

- in der Abnahme der körperlichen Integrität und Leistungsfähigkeit;
- in der Zunahme der Abhängigkeit(en);

² „Soweit ich blicke, ich sehe nirgendwo – mit den quantitativ geringfügigen Ausnahmen philosophischer oder philosophierender Individuen (Epikur, Seneca, Diderot) –, daß der Freitod anerkannt würde als das, was er ist: ein freier Tod und eine hochindividuelle Sache, die zwar niemals ohne gesellschaftliche Bezüge vollzogen wird, mit der aber letztlich der Mensch mit sich ‚allein‘ ist, vor der die Sozietät zu schweigen hat.“ Améry (1989, 102f.)

- in einer verminderten Anpassungsfähigkeit bei plötzlichen Veränderungen oder komplexen Anforderungen;
- in der vermehrten Sorge um die Zukunft;
- in Einsamkeit/Ziellosgkeit/ Lange-weile ... ;
- im Gefühl unerwünscht zu sein;
- in der Angst vor dem Tod.

Die Abgründe des Alterns betreffen aus existenzanalytischer Sicht sämtliche Grundmotivationen, vom basalen Sein-Können (körperlich bis finanziell) über das Leben-Mögen (Hobby bis Beziehungen) und das So-Sein-Dürfen (Bleibt mein Selbstwert trotz verändertem Körperbild erhalten? Wie gehe ich, gehen andere mit meinen Defiziten um?) bis zur Frage, worauf hin mein Leben noch sein soll (kohärente Lebensbilanz).

Diese Themen und Fragen waren offenkundig schon geraume Zeit im Leben des Herrn Josef präsent und haben durch die gedankliche Einengung auf das Nicht-Mehr-Können/Mögen/Dürfen/Wollen, also den Verlustaspekt, eine resignative, depressive Färbung erfahren. Das Leiden daran erreicht den „point of no return“ aber erst im Spital durch die Unmöglichkeit des Ausweichens. Die Abwesenheit von Zuflucht führt in eine Halt- und Schutzlosigkeit, in der die Präsenz gegenwärtigen Leids (der Schmerzen gepaart mit dem Unverständnis für die eigene Situation) und die Bedrohung durch erwartetes künftiges Leid (Pflegebedürftigkeit) für Herrn Josef unerträglich werden.

Balance statt Bilanz!

Mit fortschreitendem Alter kumulieren die Risikofaktoren für die Erschöpfung der Vitalität. Häufige Begleiter der aufgelisteten Kränkungen sind Formen der „Prädemenz“ sowie chronische Schmerzen; zudem steigt die Dichte der Anlässe für Traumata (Verlust der Bezugspersonen etc.), die das ohnehin vorhandene und im Alter stärker präsen- te „Gepäck“ belastender Lebensereignisse aufstocken. Die Lebensmüdigkeit betagter Menschen (vgl. Teising 1992) erscheint aus diesem Blickwinkel gut nachvollziehbar, eine Bilanz mit negativem Ergebnis durchaus plausibel.³

Aber wird nicht gerade deshalb der Bilanzcharakter von Suizidversuchen alter Menschen (zu) leichtfertig konzediert, ohne sich auf die betroffene Person und ihre Not einzulassen? Jeder Suizid(versuch) enthält freilich appellative und bilanzierende Momente in unterschiedlicher Gewichtung. Stimmt jedoch das vordergründige Bild, dass in der Jugend der Appellcharakter und im Alter der Bilanzcharakter dominant ist? Und, so müssen wir weiterbohren, ist die bilanzierende Entscheidung zum Suizid wirklich freier, „gesünder“?

Das bislang Dargelegte verwehrt hier einfache und eindeutige Zuordnungen. Zwei Wege führen unserer Ansicht nach in die Irre:

- Wer den Aspekt der freien Bilanzierung im Suizid(versuch) überstrapaziert, läuft Gefahr, die betroffene Person ihrer „Selbstbestimmung“ schutzlos auszuliefern.
- Wer hingegen allein auf Appell und Pathologie abstellt, wird der betroffenen Person ebenso nicht gerecht und lässt ihr keinen Platz zur Stellungnahme.

Ein ethischer Umgang mit dem Recht auf Selbstbestimmung gestaltet sich im Kontext von Suizidalität im Alter immer als Gratwanderung zwischen den extremen Polen, den Betroffenen entweder ihre Autonomie ganz abzuspochen oder sie ihrer Autonomie schutzlos auszuliefern. Der Schlüssel zur sehenden Balance, in welcher Form und in welchem Ausmaß Autonomie zugemutet werden kann, liegt im Gelingen der Kommunikation, was neben dem fachlichen „Werkzeugkasten“ genuin soziale Kompetenzen zur Voraussetzung hat.

Epilog

Trotz „Offenlegung“ ist Herr Josef bereit, freiwillig im Krankenhaus zu bleiben und sich thymoleptisch und anxiolytisch behandeln zu lassen. Im Zuge mehrerer Gespräche gelingt es ihm, sich positive Perspektiven zu erschließen. Sicherheit gibt ihm die Aussicht, weiterhin sein vertrautes Leben führen zu können. Darüber hinaus beginnt seine Enkelin im Rahmen einer universitären

Qualifikationsarbeit mit der Erfassung seiner Lebensgeschichte. Nach 16 Tagen verlässt Herr Josef das Krankenhaus und kehrt nach Hause zurück.

Literatur

- Amery J (1989) Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett-Cotta, 4°
- Bauer E (2002) Das Problem des Suizids in der Perspektive der abendländischen Geistesgeschichte. Existenzanalyse 19, 1, 4–15
- Bronisch T (1995) Der Suizid. Ursachen – Warnsignale – Prävention. München: Beck
- DeLeo D (1997) Suicide in a General Hospital: The Case of the Elderly. Crisis 18, 5f.
- Förstl H (2003) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 2°
- Holderegger A (1977) Der Suizid. Diakonia 1, 5-20
- Hopf G, Aigner G (1993) Unterbringungsgesetz. Wien: Manz
- Pohlmeier H (1994) Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung. Düsseldorf: Parerga, 2°
- Ringel E (1999) Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Frankfurt/M: Klotz, 8°
- Ringel E, Sonneck G (1994) Präsuizidales Syndrom und Gesellschaftsstruktur. In: Pohlmeier H (Hg) Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung. Düsseldorf: Parerga, 99-113, 2°
- Schopenhauer A (1877) Parerga und Paralipomena. Kleine philosophische Schriften. Band 2. Leipzig: Brockhaus
- Teising M (1992) Alt und lebensmüde. Suizidneigung bei älteren Menschen. München: Reinhardt
- Wächtler C (2003) Suizid und Suizidalität im höheren Lebensalter. In: Förstl H (Hg) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 449-455, 2°
- Wetterling T (2001) Gerontopsychiatrie. Ein Leitfadens für Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer

Anschrift der Verfasser:

*Dr.med. Gundula Ruckebauer
Gerontopsychiatrie an der Landesnerven-
klinik Sigmund Freud
Wagner-Jauregg-Platz 1
A-8053 Graz
gundula.ruckebauer@lsf-graz.at*

*Dr.theol. Hans-Walter Ruckebauer
Institut für Philosophie an der Kath.-
Theol. Fakultät
Karl-Franzens-Universität Graz
Universitätsplatz 3
A-8010 Graz
hans.ruckebauer@uni-graz.at*

³ Gerade Älteren, die Suizidgedanken äußern, wird nicht selten mit gut gemeintem Verständnis begegnet („Da hätte ich auch keine Lust mehr zu leben.“), ohne die Bedingungen, in denen der Todeswunsch entstanden ist, zu hinterfragen. Diese Haltung der „caregiver shortsightedness“ (DeLeo 1997, 6) wirkt suizidfördernd.

Depression im Kindes- und Jugendalter

Michaela Probst

Der Beitrag gibt einen Überblick über die altersgemäß spezifischen Merkmale depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein Gedicht von Rainer Maria Rilke soll den Ausführungen vorangestellt sein:

*“Da wachsen Kinder auf an Fensterstufen
und wissen nicht, dass draußen Blumen rufen
an einem Tag voll Weite, Glück und Wind
und müssen Kind sein und sind traurig Kind.” (Rilke R.M. 1903, 345)*

Traurigkeit, Unzufriedenheit, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und der Hilflosigkeit verbunden mit Ängsten, stellen im Leben eines jeden Menschen, so auch für Kinder und Jugendliche, große seelische Belastung dar. Die meisten Menschen sind davon überzeugt, dass die Kindheit der glücklichste Abschnitt des Lebens sein sollte, und die Mehrheit der Eltern wird mir sofort beipflichten und sagen: “Mein Kind soll auf jeden Fall glücklich und zufrieden aufwachsen.”

Dennoch ist es leider nicht immer so. Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind keineswegs selten, nur werden sie oft nicht als solche erkannt.

Groen und Petermann schreiben, dass noch vor 25 Jahren depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der klinischen Praxis und in der wissenschaftlichen Diskussion kaum beachtet wurden. Es wurde lange davon ausgegangen, dass Depression vor allem bis zur Pubertät, aber auch im Jugendalter als ernstzunehmendes psychisches Problem nicht präsent sei bzw. keine klinische Relevanz besäße. Erst zu Beginn der 80er Jahre konnte sich zunehmend die Sichtweise etablieren, dass Depression bei jungen Menschen durchaus auftritt und eine nicht zu unterschätzende Problematik darstellt (Groen, Petermann 2002, 11).

Nevermann und Reicher weisen darauf hin, dass mehr als fünf Prozent aller Kinder und Jugendlichen heute von einer schweren Depression betroffen sind und etwa zehn Prozent nach jüngsten Untersuchungsergebnissen deutliche depressive Symptome aufweisen. In Fachkreisen wird inzwischen von einem dramatischen Anstieg depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter gesprochen (Nevermann, Reicher 2001, 9).

In Österreich waren im Jahr 2000 acht Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren, die sich das Leben nahmen. Damit liegt Österreich im Spitzenfeld Europas.

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter, im psychiatrischen Klassifikationssystem ICD-10 bzw. DSM-IV als affektive Störungen benannt, sind also ein ernstzunehmendes Problem.

Depression stellt für diese Kinder und Jugendlichen in vielen Fällen ein hohes Risiko dar, denn viele der betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigen ernsthafte Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebens- und Funktionsbereichen. Häufig fallen sie in der Schule zurück, holen ihre Leistungsdefizite nie wieder auf, verlieren den Anschluss an ihren Freundeskreis, zeigen große Verhaltensauffälligkeiten, z. B. Stehlen, Lügen, Schlagen, und manche von ihnen legen auch destruktives und auto-aggressives Verhalten an den Tag. Wenn die Depression als Hintergrund solcher Verhaltensauffälligkeiten nicht erkannt wird, ist in der Folge die Entwicklung dieser Kinder behindert. Das Erscheinungsbild und die vermuteten Ursachen der Depression bei Kindern und Jugendlichen sind aber vielschichtig und verschiedenartig.

Es sei noch darauf verwiesen, dass der Begriff “Depression”, eine Gruppe von Erkrankungen meint, die erst noch einer Differenzierung der Diagnostik bedürfen.

So beschreibt Rainer Tölle im Lehrbuch für Psychiatrie Depression folgend:

“Depression bedeutet bedrückte Stimmung. Mit dem Wort “depressiv” kann Verschiedenes bezeichnet werden:

- ein adäquates Verhalten nach schmerzlichem Verlust;
- eine Konfliktreaktion und eine Neurose;
- eine Persönlichkeitsstruktur und eine Krankheit.”

“Es gibt nicht “die Depression”, was gegenüber Vereinfachungstendenzen betont werden muss. Die diagnostische Differenzierung dient einer gezielten Therapie. Depression ohne nähere Kennzeichnung ist nichtssagend” (Tölle 1991, 83).

Auf die klinische Differenzierung der Diagnostik werde ich an dieser Stelle aber nicht eingehen, sondern dem phänomenologischen Bild nachspüren, um die Wahrnehmung für Depression bei Kindern und Jugendlichen zu unterstützen.

Was ist Depression?

Was verstehen wir unter Depression?

Der Begriff Depression wird mit recht unterschiedlichen Bedeutungen verwendet, reicht von einem eher alltäglichen Gefühl der Traurigkeit bis hin zu einer schwerwiegenden und umfassenden psychischen Störung. Depression ist ein seelischer und körperlicher Leidenszustand, indem den Kindern der aktive Zugang zu ihren Gefühlen (Affekten), und damit zum Leben verstellt ist. Depressive Kinder unterscheiden sich von traurigen Kindern. Sie sind anders, es ist mehr als nur ein Stimmungstief oder nur ein schlecht drauf sein. Existentiell gesehen geht in der Depression die Beziehung zum Leben verloren. Die Depression ist eine Erkrankung der Gefühls- und Stimmungslage. Das Gefühl ist aus dem Gleichgewicht gebracht. Depression ist eine Störung der Emotionalität. Das Leben zeigt sich für sie nicht von der freundlichen, sonnigen Seite. Es wirft Schatten über sie. Diese Kinder können

den Wert des Lebens, des eigenen Lebendigseins nicht fühlen und erleben. Sie wenden sich mehr und mehr vom Leben ab. Sie treten nicht einmal mehr in Beziehung zu den Dingen, die für sie einst Wert gehabt haben. Positive Werte verblassen, sie sind nicht mehr nährend für ihr Leben. Werte berühren und bewegen depressive Kinder und Jugendliche nicht. Depressive Kinder und Jugendliche spüren kein Mögen mehr in ihrem Leben. Dieses "ich mag" ist ihnen abhanden gekommen, es ist verloren gegangen. Mögen ist aber ein zentrales Element dafür, ob Leben Wert hat oder keinen Wert hat. Leben - Mögen ist der Quellpunkt des Lebendigseins. Das zentrale Gefühl in der Depression ist: Leben geht verloren. Dort, wo sich ein nicht Mögen ins Leben einschleicht, wird Leben gleichgültig, erschöpfend und lähmend. Die Kinder finden keinen Zugang zu ihrer Vitalität, die Lebenskraft versiegt. Resignation oder Aggression nehmen zu. Was an Leben da ist, ist schwer, mühsam, und die Sehnsucht nach dem Tod wächst.

Was macht es schwierig, Depression bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen?

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich in ihren Symptomen von der Depression bei Erwachsenen. Oft wird die Depression verkannt, da die typischen depressiven Symptome nicht offen da liegen, sondern verdeckt, maskiert vorhanden sind. Depressive Verstimmungen sind oft nicht als diese sichtbar, sondern zeigen sich in z.B. erhöhter Reizbarkeit, Aggressivität, Unruhe, Hektik, Weglaufen von zuhause, verminderten Schulleistungen, in der Pubertät als kriminelle Entwicklung, Drogenmissbrauch, Essstörungen und sexuelle Auffälligkeiten.

Die Leitsymptome der Depression bei Erwachsenen wie Niedergeschlagenheit, vermehrtes Grübeln und Gedankenkreisen, sowie verminderter Antrieb fehlen häufig bei depressiven Kindern. Depressive Phasen bei Kindern sind in der Regel kürzer andauernd als bei Erwachsenen. Oft stehen psychosomatische Beschwerden wie Magen- und Kopfschmerzen im Vordergrund. Depressionen bei Kindern und Jugendli-

chen sind auch deshalb schwierig zu diagnostizieren, weil jüngere Kinder weniger in der Lage sind, ihre Gefühle zu erkennen, zu äußern und keine Sprache für das haben, was sie in der Depression erleben. Außerdem ziehen sich Jugendliche in der Pubertät ohnehin lieber vom Erwachsenen zurück oder beschäftigen sich zum Großteil in ihrer Freizeit mit Computern und Fernsehen.

Nach dem heutigen Wissensstand sind die Formen depressiver Störungen bei Kindern grundsätzlich nicht anders als bei Erwachsenen. Was sich aber unterscheidet, sind die altersbedingten Ausprägungen.

Die Symptome der Depression sind von der Entwicklung des Kindes abhängig und zeigen sich daher je nach Alter, Geschlecht und Intelligenz unterschiedlich.

Allgemeine Merkmale depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Depression bezeichnet einen bestimmten Zustand, der durch vier Bereiche gekennzeichnet ist:

- Störung im Fühlen (Gefühle);
- Störung im Denken und Wahrnehmen (Kognitive Merkmale);
- Störung im Verhalten (Verhaltensmerkmale);
- Störung der körperlichen Befindlichkeit (Somatische Merkmale).

1. Bereich: EMOTIONEN

- Traurigkeit

Das tiefe Gefühl, nicht geliebt zu werden, spiegelt eine mangelnde emotionale Beziehung, ein zu geringes Gefühl von innerer Nähe zu Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen. Die Gefühle, die sich bei diesen Kindern entwickeln können sind: "Wenn ich nicht geliebt bin, wenn mich niemand liebt, bin wohl ich ein Versager, ich bin nichts wert." Dadurch ist der gesamte Nährboden für die gesunde Entwicklung des Kindes entzogen und die depressive Entwicklung wird verstärkt.

- Gefühl der Wertlosigkeit, Gefühl der Bedeutungslosigkeit

Bei Kindern und Jugendlichen, die nicht die Erfahrung machen, dass sie von ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen wertgeschätzt werden, die keine positive Rückmeldungen z.B. Ermutigung, Lob erhalten oder keine Antwort auf ihre Fragen bekommen, stellt sich ein Gefühl der Wertlosigkeit ein. Diese negativen Erfahrungen führen zu einer deutlichen Verschlechterung des Selbstwertgefühls.

- Niedergeschlagenheit

Das Gefühl, "Leben" ist voller Niederlagen und sie selbst sind nicht in der Lage es zu verbessern. Oder manche haben eine "coole Maske", dahinter kann sich auch eine depressive Grundstimmung verbergen.

- Ärgerlich-gereizte Stimmung

Eine schnell aufbrausend gereizte Stimmung ist ein innerer Stressfaktor, der häufig zu Aggressionsausbrüchen führt. Der tagtäglich kleine Ärger ist ein Risikofaktor für diese Stimmung. Die Folge kann eine schwere soziale Störung mit Aggressivität und höherer Gewaltbereitschaft sein.

- Wut

Durch Gefühle der inneren Erschöpfung, Überforderung genügt das kleinste Wort der Kritik für eine völlig unangemessene Reaktion. Auch diese Gefühle können zu einer dauerhaft anhaltenden gereizten Stimmung führen.

- Lustlosigkeit (Anhedonie):

Gefühle der Freudlosigkeit und der Antriebslosigkeit entsprechen nicht dem Wesen eines gesunden Kindes. Diese Merkmale machen uns darauf aufmerksam, dass etwas nicht "stimmen kann". Lustlosigkeit bedeutet den Verlust des Empfindens von Freude an bestimmten Aktivitäten, die früher Spaß gemacht haben. Das Merkmal der Lustlosigkeit wird bedeutend, wenn das Kind über eine längere Zeitspanne hinweg gelangweilte Haltung zeigt.

2. Bereich: KOGNITIVE MERKMALE

- Pessimismus, negatives Denkmuster:
Pessimismus ist ein zentraler Aspekt der Depression. Negativistisches Den-

ken wird als wesentliche Ursache für alle Depressionssymptome angesehen.

Das depressive Denkmuster zeichnet sich dadurch aus, dass kleinere Mängel extrem überbewertet und positive Leistungen extrem abgewertet werden. Die negativen Ereignisse bezieht das Kind auf sich selbst, obwohl es keinen Zusammenhang mit dem Kind gibt. Z.B.: "Ich bin schuld an dem Streit meiner Eltern, ich habe was falsch gemacht. Ich bin an der Trennung meiner Eltern schuld, hätte ich nur nicht ...". Das Kind entwickelt eine negative Einstellung zu sich selbst. Es denkt abwertend und geringschätzig über sich. Es sieht nur mehr schwarz, nichts gelingt, alles misslingt. Als Folge davon kommt es zu einer negativen Selbstbewertung und zu einem geringen Selbstwertgefühl.

Aussagen fallen: "Ich bin ja sowieso zu blöd, ich kann es nie, hat alles keinen Sinn, habe ich ja eh gewusst". Die eigene Abwertung untergräbt die gesamte Leistungsfähigkeit des Kindes. Diese Kinder tendieren dazu, sich selbst und die Dinge negativ zu sehen, so handeln sie und so denken sie. Da besteht keine Hoffnung auf Besserung, sie sind entmutigt, etwas daran zu ändern.

Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und negative Zukunftsperspektiven sind die Folge.

- Suizidgedanken

3. Bereich: VERHALTEN

- Weinen;
- Interessenslosigkeit, Teilnahmslosigkeit, keine Anteilnahme mehr an Aktivitäten, die sie früher interessiert haben;
- Konzentrationsprobleme;
- Verlangsamung, gelangweilte Haltung;
- Antriebslosigkeit, keine Motivation;
- Psychomotorische Unruhe;
- Rückzug aus sozialen Bereichen, Isolation; Die Kinder gehen nicht mehr nach außen, sitzen stundenlang vor dem Computer.
- Lernschwierigkeiten, Schulleistungen lassen nach;
- Schulverweigerung;
- Beziehungen zu Gleichaltrigen sind oft konfliktreich, instabil, Kinder werden oft abgelehnt. Lang anhaltender sozia-

ler Rückzug verhindert die Entwicklung sozialer Kompetenzen.

- Abhängigkeit von anderen. Die Kinder fühlen sich selbst schwach und brauchen jemanden, der stärker und besser ist, als sie selbst.

4. Bereich: KÖRPERLICHE MERKMALE

- Müdigkeit;
- Schlafstörung; Entweder finden sie schwer Schlaf oder haben ein hohes Schlafbedürfnis.
- Psychomotorische Verlangsamung;
- Appetitstörungen;
- Schmerzen: Körperschmerzen, Magenschmerzen, Kopfschmerzen;
- Übelkeit;
- Verdauungsprobleme: Verstopfung oder Durchfall.

Diese Symptome verändern sich entsprechend dem Alter und dem Entwicklungsstand des Kindes bzw. treten unterschiedlich deutlich hervor.

Nevermann und Reicher nennen folgende Gründe:

1. Die Kinder befinden sich in der Entwicklung. Ihr psychischer Apparat ist altersentsprechend dem Alter noch gar nicht oder aber noch nicht voll ausgebildet, und es fehlen auch die persönlichen Ausformungen.

2. Die Fähigkeiten zur Selbstreflexion sind je nach Alter und Entwicklungsstand noch sehr reduziert. Die Reflexion des eigenen Erlebens ist noch nicht voll bewusst und kann daher auch nur sehr begrenzt artikuliert werden.

3. Je jünger die Kinder sind, desto mehr fehlen ihnen neben der Bewusstheit der eigenen psychischen Befindlichkeit die Sprache und der Ausdruck.

4. Kinder existieren in absoluter Abhängigkeit von den Erwachsenen. Sie leben in ihren Familiensystemen und nehmen die Werteskalen auf, die dort vermittelt werden.

5. Kinder haben noch kein eigenes Bezugssystem. Sie haben kaum Erfahrungen, dass andere Kinder die Welt anders erleben als sie selber, höchstens über die Medien vermittelt.

6. Kinder übernehmen in ihrer Abhängigkeit von den Eltern auch Teile ih-

rer psychischen Beeinträchtigungen bzw. auch Störungen (Nevermann, Reicher 2001, 36).

Depressionssymptomatik in den verschiedenen Altersstufen

SÄUGLINGSALTER

Bereits im Säuglingsalter kann eine Form von Depression entstehen. Der Kinderarzt und Psychoanalytiker Rene Spitz, er war ein Pionier der Kleinkinderpsychiatrie, hat Studien zur emotionalen und sozialen Entwicklung von Kindern in Heimen und Waisenhäusern gemacht. Sehr beeindruckend hat er über seine Beobachtungen berichtet. Säuglinge, die von ihren Müttern verlassen wurden und ihnen kein Ersatz geboten wurde, wurden weinerlich, wollten nicht mehr essen, verloren an Gewicht, entwickelten Schlafstörungen, lagen apathisch in ihren Betten und blieben in ihrer körperlich - seelischen Entwicklung zurück.

Rene Spitz nannte dieses schwere Störungsbild "anaklitische Depression" ("Anlehnungs-Depression"). Er sprach von affektiver Mangelkrankung durch physische Abwesenheit der Mutter durch Tod, Krankheit oder Einweisung des Kindes in ein Heim. Die sogenannte anaklitische Depression entsteht durch länger anhaltende mangelnde Zuwendung, unzureichende Versorgung des Säuglings in Hinsicht auf seine körperlichen als auch auf seine emotionalen Bedürfnisse. Als weitere Gründe gelten auch der Verlust der Beziehung zu der ersten festen Bezugsperson des Kindes, Kindesvernachlässigung, psychische Störungen der Eltern sowie schlechte institutionelle Pflege.

SYMPTOME IM SÄUGLINGSALTER

- ununterbrochenes Weinen;
- protestierendes Schreien;
- apathisches Verhalten;
- Rückzug;
- wirken teilnahmslos und unglücklich;
- lächeln nicht;
- reagieren kaum auf äußere Reize;
- essen sehr schlecht;
- nehmen kaum an Gewicht zu;
- Schlafstörungen;

- häufig rhythmische Bewegungen des Kopfes oder Körpers (Jaktationen).

Vom Moment der Geburt an können wir mit Staunen beobachten, welche Fülle von Emotionen ein Kind bereits hat. Gefühlsäußerungen sind für den Säugling die wichtigste Form der Kommunikation. Gefühl und Kommunikation sind von Anfang an untrennbar miteinander verbunden. Es bedarf eines einfühlsamen Empfängers, um den Säugling mit seiner Mimik, seinen Lautäußerungen und Körperbewegungen zu verstehen. Von Beginn an sind Gefühlsäußerungen Signale an die nächste Umwelt. Es ist unsere Verpflichtung als Erwachsene, diese Signale unserer Kinder wahrzunehmen, ernstzunehmen und darauf einzugehen. Gelingt das nicht, lassen die Gefühle dieser Kinder an der Intensität nach, und schließlich können sie im Ausdruck vollständig unterdrückt werden. Die Kommunikation mit der Welt bricht ab. Die Differenzierung der Gefühle geht eng einher mit der wachsenden Fähigkeit des Säuglings sich seiner Umwelt zuzuwenden.

KLEINKINDALTER (1 - 3 JAHRE)

Im 1. - 3. Lebensjahr setzt sich das Kind mit dem Thema Autonomie auseinander. Die Regelung von Nähe und Distanz bestimmt das ganze Lebensgefühl eines Kindes. Ein gutes Gefühl in dieser Zeit entspricht einem gut gespannten Band zwischen Mutter und Kind. Sind sich Mutter und Kind zu nahe wird das Band zwischen ihnen schlaff. Die Spannung ist raus und ein Wohlbefinden ist nicht möglich. Wird das Band aber zu stark gespannt, spüren beide Seiten schmerzlich den Zug, Mutter sowie Kind, und alles steht ständig immer unter Anspannung. Die Grundlagen der Depression in diesem Lebensabschnitt liegen oft in misslungenen Trennungserfahrungen. Entweder kommt es zu abrupten Trennungserlebnissen oder zu mangelnden Trennungserlebnissen, durch ein zu ängstliches Festhalten am Kind. Durch dieses nicht loslassen der überbesorgten Mütter an ihren Kindern, gelingt den Kindern die Beziehungsaufnahme zu ihren Werten nicht gut oder überhaupt nicht. Eine zu große Nähe

oder eine abrupte Entlassung in eine frühe Autonomie können der Nährboden für Traumatisierungen sein.

SYMPTOME IM KLEINKINDALTER

- wirkt traurig;
- ausdrucksarmes Gesicht;
- nervöse Unruhe;
- erhöhte Reizbarkeit;
- Trennungsängste;
- starke Anlehnungsbedürftigkeit;
- Weinkrämpfe;
- Spielunlust, gibt altersgemäße Spielaktivität auf;
- Spielhemmung;
- auffälliges Spielverhalten, reduzierte Kreativität und Ausdauer;
- mangelnde Phantasie;
- Schlafstörungen;
- exzessives Daumenlutschen (Capitis);
- genitale Manipulationen;
- selbststimulierendes Verhalten: Schaukelbewegungen (Jaktationen);
- gestörtes Essverhalten.

Depressive Kleinkinder fallen oft ins Säuglingsalter zurück. Sie reagieren stark, d.h. sie igeln sich ein, verweigern das Essen und lehnen es ab, sich trösten zu lassen.

VORSCHULALTER (3 - 6 JAHRE)

In diesen Jahren verringert sich die Abhängigkeit des Kindes von den Eltern. Es entdeckt ständig andere interessante Dinge und Menschen in seiner Umgebung. Kindergartenkinder erleben ihre Welt wie eine Traumwelt. Ihre Phantasie vermischt sich mit den Grenzen der Realität. Es ist die Zeit des magischen Denkens, aber es ist auch die Zeit, in denen die Kinder es all denen schwer machen, die sie auf Grenzen, auf die Realität aufmerksam machen.

Zusätzlich zu den bisher genannten Gründen kommt ein weiteres Depressionsrisiko in diesem Entwicklungsabschnitt hinzu, ein Hereinbrechen der Wirklichkeit in ihre Traumwelt. Die tatsächliche Akzeptanz der Realität stellt für manche Kinder dieses Alters ein großes Problem dar. In diesem Alter entwickelt sich bei manchen Kindern große Angst vor Liebesentzug und Strafe. Typische Auslöser der Depressionen bei Kindern

zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr sind oft zu strenge Erziehungsmaßnahmen, die mit der Zuschreibung von Schuldgefühlen einhergehen, chronische Zurückweisung, ständige Abwertung, geringe Wertschätzung durch die Eltern, der Verlust eines Elternteils durch Trennung, Scheidung oder Tod und das Verdrängtwerden aus der Position durch die Geburt eines Geschwisterchens.

In diesem Alter provozieren Kinder Erwachsene oft sehr durch ihre Unvernunft. Werden ihnen dann Grenzen gesetzt, ruft dies häufig Trotz und Wut hervor, die Ausdruck von Ohnmacht und Scham sind. In diesem Alter sind Kinder noch sehr auf die Wertschätzung durch ihre Eltern angewiesen, da ihr Selbstwertgefühl noch weit davon entfernt ist, autonom zu sein.

SYMPTOME IM VORSCHULALTER

- undifferenzierte Ausdrucksformen wie Schreien, anhaltendes Jammern;
- deutliche Traurigkeit mit vermehrtem Weinen;
- erhöhte Irritierbarkeit;
- Anhänglichkeit;
- Umtriebigkeit: ständiges Hin- und Herlaufen ohne gezielte Aktivität;
- Apathie;
- Spielunlust;
- finden sich schwer in eine Gruppe ein;
- introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten;
- psychomotorische Verlangsamung: vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten;
- allgemeine Entwicklungsverzögerung;
- mangelnde Fähigkeit sich zu freuen;
- zwanghafte Rituale, Versuch bestimmte Ordnungen immer wieder herzustellen;
- gestörtes Essverhalten, Gewichtsverlust, Gewichtszunahme;
- Appetitmangel;
- Einnässen;
- Einkoten;
- Kränkeln, Infektanfälligkeit;
- Schlafstörungen: Albträume, Ein- und Durchschlafstörungen.

SCHULALTER (6 - 12 JAHRE)

Der Eintritt in die Schule stellt für das Kind eine große Veränderung dar.

Das Kind will lernen, hat das Bedürfnis etwas zu leisten und will Erfolg erzielen. Die Schule ist eine Quelle für das Selbstwertgefühl eines Kindes. Mit dem Schuleintritt löst es sich aus der Abhängigkeit der Eltern und stützt sich zunehmend auf andere erwachsene Bezugspersonen. Es hat Freude daran, Freundschaften zu schließen, neue Erfahrungen zu machen und seine eigenen persönlichen Kompetenzen zu erweitern. In diesem Alter treten bereits bestimmte Symptome der Depression wie Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit mit mehr Deutlichkeit auf. Die typischen Ängste dieses Alters sind die Angst vor Versagen und die Angst ein Außenseiter zu sein. Manche Kinder sind in der Schulzeit mit Lernschwierigkeiten und sozialen Ausgrenzungen konfrontiert. Depressive Kinder nehmen sich wenig beliebt wahr und sind auch sehr häufig nicht in der Gruppe eingegliedert. Es kommt das Gefühl auf: "Keiner mag mich, ich bin der, der es nicht schafft, ich mache immer alles falsch in der Schule, ich werde es nie können".

Depressive Kinder reagieren im jüngeren Schulalter verstärkt mit körperlichen Symptomen. Daneben zeigen sich allmählich auch Merkmale wie Motivationsverlust, Konzentrationschwierigkeiten und Interessenslosigkeit. Negative Rückmeldungen von Lehrern und Eltern beeinträchtigen das Selbstwertgefühl eines Kindes sehr. Oft werden depressive Kinder verkannt. Sie werden als zu faul, zu dumm oder zu schlampig gesehen. Zunehmend entwickeln sich im Rahmen schulischer Anforderungen Lernunlust und Lernversagen. Ermahnungen und Schimpfen aufgrund mangelnder Kompetenzen führen bei depressiven Kindern zu Schuldgefühlen und unangemessenen Selbstvorwürfen. Durch die schulischen Misserfolge kritisieren sie sich selber ungerechtfertigt stark und bestrafen sich auch manchmal. Sie schlagen sich ins Gesicht, schlagen ihren Kopf gegen die Wand, zerreißen ihr Hefte oder verweigern jede Art von Tätigkeit. Je älter die Kinder werden, desto mehr denken sie über sich selbst nach. Mit zunehmendem Alter kommt es auch bei Kindern schon zu Todes-

wünschen und Vorstellungen, sich das Leben zu nehmen.

Äußerungen wie "das Leben macht mir keinen Spaß mehr", "am liebsten wäre ich tot", sind ernstzunehmende Signale. Je älter die Kinder werden, desto mehr werden ihre Symptome denen der Depression erwachsener Menschen ähnlich.

SYMPTOME IM SCHULALTER

Mögliche Merkmale depressiver Störungen in der Schule (in Übersetzung der Autoren, nach Stark 1990):

Merkmale im Lernbereich

- Nicht erklärbarer Leistungsabfall;
- Interessenverlust gegenüber den Schulfächern;
- Rückgang bisheriger Anstrengungsbereitschaft;
- Unordentliches Ausführen von Arbeiten;
- Schnelles Aufgeben;
- Vorzeitiges Beenden von Arbeiten;
- Klagen über mangelnde Kraft ("Ich schaffe es nicht!").

Sozial-/verhaltensorientierte Merkmale

- Aufgeregtheit/Hyperaktivität;
- Erhöhte Dependenz (Abhängigkeit von anderen);
- Regressives Spielen mit jüngeren Kindern;
- Antisoziales Verhalten (z. B. Lügen, Stehlen);
- Körperliche Beschwerden;
- Störverhalten im Unterricht;
- Überstarke Ängste (Phobien);
- Einschlafen während des Unterrichts;
- Müde im Verhalten und Aussehen;
- Distanz gegenüber Gleichaltrigen;
- Unbeliebtheit;
- Rückzug aus sozialen Kontakten.

Merkmale im Wahrnehmen und Denken

- Unentschlossenheit;
- Konzentrationsprobleme;
- Misserfolgserwartungen;
- Suizidale Äußerungen, Gedanken über den Tod.

Merkmale im affektiven Bereich

- Geringes Selbstwertgefühl;
- Gereiztheit;
- Ständiges Klagen;
- Dysphorie;
- Schuldgefühle.

Merkmale im körperlichen Bereich

- Schlafstörungen;
- Deutlicher Gewichtsverlust oder -zunahme;
- Veränderung im Appetit;
- Gefühle der Belastung;
- Bewegungsstörungen;
- Klagen über Müdigkeit.

PUBERTÄT - JUGENDALTER

Jugendliche stehen in dieser Zeit vor einer enormen Aufgabe. Sie schwanken in ihren Stimmungen wie nie zuvor in der Entwicklung. Die Adoleszenz, die Zeit vom Verlassen der Kindheit bis zum Eintritt ins Erwachsenenalter beginnt mit den biologischen Zeichen der Pubertät, mit Hormonveränderungen. Die Jugendlichen benötigen in dieser Zeit gute Fähigkeiten, das schwankende Boot ihrer Gefühle im Gleichgewicht zu halten. Manche Jugendliche sind zuversichtlich, den Herausforderungen des Lebens gewachsen zu sein, sie haben eine positive Einstellung zum Leben. Bei anderen wechseln sich Zeiten relativer Ausgeglichenheit mit ängstlichen oder deprimierten Gefühlen ab. Emotional zeitweise stabil, wirken sie in anderen Phasen verzweifelt und traurig. Einige Jugendliche haben offenkundige und dauerhafte Persönlichkeitsprobleme. Sie sind selbst verwirrt über ihre eigene Identität und werden von anderen als schwierig empfunden. Bei der Bewältigung von sozialen und schulischen Anforderungen kommt es häufig zu großen Schwierigkeiten, chronisch ängstliche und depressive Verstimmungen sind nicht selten.

Für den Jugendlichen ist das Gelingen und das Scheitern in der Adoleszenz sehr eng damit verbunden, ob er ein stimmiges Selbstkonzept entwickeln hat können und ob er spüren kann, was zu ihm passt oder nicht. Dazu brauchen Jugendliche viel Freiheit, damit sie erpro-

ben können, welche Quelle ihr Selbstwertgefühl nährt und welche nicht. Viele jugendtypische Verhaltensweisen sind depressiven Symptomen sehr ähnlich. In der Pubertät sind Jugendliche emotional instabil, sie schwanken zwischen Angriff und Rückzug, sie idealisieren oder sie werten ab. Häufig sind Jugendliche sehr impulsiv, alles muss sofort und laut geschehen. Diese Impulsivität kann auch dazu führen, dass Jugendliche schneller Suizidimpulsen nachgeben als Erwachsene, auch wenn keine längere Depression vorangegangen ist.

Unter den depressiven Symptomen im Jugendalter ist die erhöhte Gereiztheit (Irritabilität) das häufigste. Depressive Jugendliche haben häufig Alkohol oder andere Drogenprobleme, sie verhalten sich aggressiv gegen ihre Umwelt, kapseln sich ab und erzeugen damit überwiegend Ablehnung. Sie geben sich scheinbar cool und machen nicht den Eindruck von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit. Unter Gleichaltrigen fallen sie nicht auf. Dass Schulleistungen absacken, Liebes- oder Freundschaftsbeziehungen abgebrochen werden, gehört in diesem Lebensabschnitt selbstverständlich dazu. Viele Jugendliche verbringen am Wochenende viele Tagesstunden im Bett, weil sie infolge ihres chronischen Schlafmangels oft müde sind. So fällt es weder den Betroffenen noch dem Umfeld auf, dass der Jugendliche unter einem Depressionssymptom leidet, nämlich einem erhöhtem Schlafbedürfnis. Die "stille Form" der Depression ist häufiger bei Mädchen anzutreffen. Depressive Mädchen werden schweigsamer, schlafen mehr, haben Essprobleme oder grübeln stundenlang über ihre Beziehungsprobleme nach. Auf ihre Körperlichkeit legen sie kaum Wert und das innere Chaos spiegelt sich sehr häufig in ihrem Zimmer wieder. Oft treten quälende Zwangsgedanken auf, über die sie aber nicht sprechen können. Die Ängste depressiver Jugendlicher treten vorrangig als soziale Phobien auf. Sehr oft verlagern depressive Jugendliche ihre Aktivitäten in die späten Abendstunden, weil sie sich dann besser fühlen als am Tag. So kommt es sehr häufig zu einer Verschiebung des Tag-Nachtrhythmuses.

SYMPTOME IM JUGENDALTER

- Gefühl der inneren Leere;
- Freudlosigkeit;
- Niedergeschlagenheit;
- vermindertes Selbstvertrauen;
- ständige Müdigkeit;
- diffuse, schwer einschätzbare Suizidalität;
- Antriebsmangel oder ungerichtete Steigerung des Antriebs;
- Verlust von Interesse;
- Hoffnungslosigkeit;
- Verlangsamung der Denk- und Handlungsabläufe;
- Absinken der Schulleistungen;
- totale Schulverweigerung;
- ist antisozial, nimmt Drogen oder kapselt sich ab;
- hoch kränkbar;
- verzeiht keine Fehler;
- Essstörungen: Magersucht, Bulimie, Adipositas;
- Appetitverlust;
- Libidoverlust;
- Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung;
- Psychosomatische Störungen;
- Schlafstörungen, Schlaflosigkeit.

Mit diesem Einblick in die depressive Symptomatik von Kindern und Jugendlichen, wie sie uns im Alltag begegnet, lassen wir die Wirklichkeit nahe kommen und wenden uns der Not von depressiven Kindern und Jugendlichen zu, und merken, wie beschwerlich und quälend Leben für Kinder sein kann.

Es soll eine Ermutigung sein, diese Kinder, wenn sie sich auffällig zeigen, nicht zu übergehen oder zu disziplinieren, sondern sie in ihrem Kranksein ernstzunehmen. Diese Kinder brauchen Beziehung, Zuwendung und wärmende Nähe, damit sie in ihrer erfrorenen und erstarrten Emotionalität wieder auftauen können. Viel zu oft werden die depressiven Symptome übersehen und damit der Gefahr Platz gegeben, dass sich Entwicklungsdefizite bisher zu Persönlichkeitsentwicklungsstörungen ausbreiten können.

Nicht zuletzt ist die steigende Suizidalität bei Kindern ein dringender Appell an uns alle, diesen Kindern Zeit für ihr Werden-Können zu schenken.

Literatur

- Eggers C, Fegert J, Resch F (2004) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin, Heidelberg: Springer
- Groen G, Petermann F (2002) Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Kerns L L (1997) Hilfen für depressive Kinder. Ein Ratgeber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Nevermann C, Reicher H (2001) Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen, Verstehen, Helfen. München: C. H. Beck
- Rilke R M (1903) Das Stundenbuch 3. Buch, Das Buch von der Armut und vom Tode. Sämtliche Werke Band I. Frankfurt am Main: Insel, 345
- Spitz R (1987) Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett-Cotta
- Tölle R (1991) Psychiatrie. 9. Auflage. Wien: Springer - Lehrbuch

Anschrift der Verfasserin:

Michaela Probst

Neutorgasse 50/1

A-8010 Graz

michaela.probst@existenzanalyse.org

Vorträge des Herbstsymposiums
der GLE-Ö zum anhören

„SEXUALITÄT UND SEXUALSTÖRUNGEN“

- Körper-Lust und Geist
Ist das Verhältnis zur Existenz sexuell? (Alfried Längle)
- Wenn Sex zur Sucht wird ... ein weit unterschätztes Phänomen (Godela v. Kirchbach)
- Diagnostik psychosexueller Störungen und deren Gefährlichkeit (Friedrich Rous)
- Und dir die Treue halten ...? (Susanne Pointner und Ursula Janout)
- Der Einfluss der Sexualhormone auf die Sexualität (Markus Metka)

Kosten: pro Kassette Euro 8,-
alle vier Kassetten Euro 25,-
(exkl. Versand)

Bei der GLE-Int. bestellbar

Wenn Kinder Kinder neurotisieren

Depressionen, die in der Schule entstehen

Christa Lopatka

Unsere Kinder verbringen einen nicht geringen Anteil ihrer Zeit in der Schule. Nicht immer kommt es dort zu einer Förderung der psychischen Gesundheit. Manchmal macht Schule auch krank. Im ersten Teil des Artikels sollen depressive Entwicklungen bei Kindern aufgezeigt werden, deren Psychopathogenese in Schulmobbing gründet. Im zweiten Teil sollen die wichtigsten Präventions- und Interventionsmaßnahmen des norwegischen Schulmobbing-Forscher Dan Olweus dargestellt werden.

Wie sieht das Leiden depressiv-er gemobbter Kinder aus?

Es gibt viele Ursachen, warum es im Kindes- und Jugendalter zu einer depressiven Entwicklung kommen kann. Eine Ursache, die nicht zu vernachlässigen ist und auf die ich in meinem Artikel aufmerksam machen will, ist die Gewalt an unseren Schulen, insbesondere die Gewalt zwischen den Kindern, die gar nicht so selten in echtes Schulmobbing ausartet.

Unter „Schulmobbing“ versteht man das über längere Zeit gezielte und systematische Demütigen und Schikanieren eines Schülers, einer Schülerin, meist ausgeübt von den eigenen Klassenkameraden – mit dem Ziel das betroffene Kind in seinem Selbstwert zu erniedrigen, zu schädigen und es letzten Endes aus der Klassengemeinschaft auszuschließen, es quasi aus dieser „hinauszuekeln“.

Das Leiden der betroffenen Kinder ist meist intensiv, die Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit sind massiv. Neben Angststörungen, Zwangserkrankungen, psychosomatischen Beschwerden (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, morgendliches Erbrechen), Selbstwertstörungen, konnte ich in meiner Ordination auch Anorexien und Bulimien beobachten, deren Psychopathogenese in einem Schulmobbing gründete. Andere Kinder reagierten vorwiegend mit einer depressiven Symptomatik bis hin zur Major Depression.

Als Beispiel für eine mittelgradige

depressive Entwicklungsstörung aufgrund von Schulmobbing möchte ich Jakob vorstellen. Jakob ist 13 Jahre alt. Er besucht die dritte Klasse Hauptschule. Der Bub wurde von der Kinderabteilung eines Bezirkskrankenhauses mit der Diagnose „depressive Entwicklungsstörung“ zur psychotherapeutischen Behandlung überwiesen. Jakob machte einen ruhigen, bedachtsamen Eindruck. Die Eltern beschreiben ihren Sohn grundsätzlich als ruhig und freundlich. Seit einiger Zeit wirke er auf sie jedoch bedrückt, weinerlich, manchmal auch gereizt. Er ziehe sich immer mehr zurück und wirke oft geistesabwesend. Die Eltern berichten weiters über einen deutlichen Leistungsabfall in der Schule und über wiederholt geäußerte Selbstmordgedanken, welche ihnen am meisten Sorge bereiten würden.

Jakob bestätigt die Angaben seiner Eltern. Während die Eltern seine Depressivität auf den Tod seines Haustieres und den Wegzug seines Freundes vor einem Jahr zurückführen, klagt Jakob selber über seine Schulsituation: In der Volksschule habe er sich noch mit allen verstanden. Er sei dort beliebt gewesen. In der neuen Schule habe er zwar einen Freund, aber ein Junge aus seiner Klasse habe von Anfang an etwas gegen ihn gehabt. „Der Peter findet immer etwas an mir, worüber er sich aufregen kann. Manchmal ist es meine Hose, dann sind es wieder meine Schuhe, die ihm nicht passen. ... Als ich mir die Haare (blond) färben hab' lassen, hat er g'sagt, ‚Der schaut ja ang' schiff't aus‘. ... In Turnen beschimpft er mich,

wenn ich den Ball nicht treffe, oder wenn ich ihm den Ball nicht zuspiele, oder wenn ich ihm den Ball zuspiele und er ihn nicht trifft.“ Typische Bemerkungen wären dann: „Mei spielt der heut' wieder bled!“ „Mei spielt der heut' wieder deppert!“ „Der Trottel spielt heut' wieder fies!“ Er schaue ihn dabei „blöd an“ und mache „blöde Grimassen“. Beim Umziehen, unter der Dusche, beim Hinausgehen, in der Klasse gehen die Vorwürfe gegen ihn weiter. Früher, als er noch gut gelernt habe, habe Peter gesagt: „Der Jogl tut jo nix anderes als lernen.“ Jetzt, wo er immer öfters schlechte Noten bekäme, sei Peters Kommentar dazu: „Der Jogl soll was lernen, der sitzt ja so nur mehr vorm Fernseher.“ „Er schimpft bei den anderen so lange über mich, bis er sie gegen mich aufgehetzt hat. Und wenn sich dann mit mir niemand reden traut, sagt er: ‚Schaut's euch den Trottel an, den mag eh niemand; wenn der den René nicht hätt', hätte der nicht mal einen Freund.“ In den letzten Monaten würde Peter anfangen, ihn auch in den Parallelklassen, wo er noch ein paar Freunde habe, schlecht zu machen und Gemeinheiten über ihn zu verbreiten. „Wenn ich in der Nacht nicht schlafen kann, denke ich oft: ‚Warum geben die mir keine Ruh, warum sind die so gemein zu mir?‘ ... Manchmal denke ich auch daran, wie es wäre, wenn die mich mögen täten ... (weint) ... Manchmal denke ich auch daran, wie es wär', wenn ich gar nicht leben tät.“

Als zweites Beispiel möchte ich einen Ausschnitt aus einem Gespräch mit einem 14jährigen Mädchen bringen, das am Ende der Hauptschulzeit, nach drei Jahren Mobbing, eine Symptomatik im Sinne einer Major Depression entwickelt hatte. Bis zu ihrem 10. Lebensjahr wird Marlene als ein lebendiges und fröhliches Mädchen beschrieben, das gerne in die Schule geht. Ab ihrer Hauptschulzeit wird sie immer ruhiger, freud-

loser, interesseloser, depressiver, zieht sich immer mehr aus ihrem Freundes- und Familienkreis zurück und flüchtete in ihre eigene Phantasiewelt. Über die Schule spricht sie zu Hause kaum, auf näheres Nachfragen reagiert Marlene abweisend oder gereizt. Sie entwickelt Schulunlust und Lernunlust. Später kommen chronische Bauchschmerzen, chronische Kopfschmerzen, Durchschlafstörung und vorzeitiges Erwachen sowie Suizidphantasien dazu. Als das Mädchen sich von den Todessehnsüchten nicht mehr distanzieren kann, immer öfters mit Suizid droht und schließlich die Mutter bemerkt, dass Marlene angefangen hat, Tabletten zu sammeln, bringen die Eltern Marlene zur Therapie.

Marlene leidet unter Mobbinghandlungen, ausgeübt insbesondere von einer Mitschülerin. Sie leidet aber auch unter dem allgemeinen, rohen Schulklima, der derben Sprache und dem verrohten Umgangston der Kinder untereinander – sowie unter dem Nicht-Eingreifen bzw. nicht genügenden Eingreifen der Lehrkräfte.

Im Rückblick auf ihre Hauptschulzeit sagt Marlene: „Wer bei uns gelernt hat, war unten durch. Wer bei uns aufgezeigt hat, ist nachher beschimpft und ausgelacht worden. Am schlimmsten war die Petra. Sie hat alles abgewertet oder lächerlich gemacht, was ich getan oder gesagt habe. Ich hab´ mich eh nicht mehr aufzeigen getraut, und trotzdem hat sie mit ihren blöden Sprüchen nicht aufgehört. Sie hat mich ‚Schleimerin‘ genannt, weil sie auf meine guten Noten neidisch war. Als ich nicht mehr lernen hab´ können und trotzdem gute Noten geschafft hab´, hat sie mich ‚Lügnerin‘ geschimpft. Sie hat mich ‚Mama-Mädi‘ genannt, weil sie einen Neid gehabt hat, dass ich mit meiner Mutter gut reden kann und ihre Mutter Alkoholikerin ist. Sagen hätt´ ich mich das nicht getraut, dann wäre es noch schlimmer geworden. Ich war froh, wenn sie ihren Spaß mit mir gehabt hat und mich dann in Ruh´ gelassen hat. ... Immer wieder hat sie versucht, mir meine Freundin wegzunehmen. Wenn wir zusammengestanden sind, hat sie nur mit meiner Freundin gesprochen, hat nur sie angeschaut. Sie hat ihr Kom-

plimente gemacht und bei ihr über mich geschimpft, wenn ich krank war. (längere Pause) Ich war viel krank. ... Wenn ein Tisch ruiniert wird, regt sich unser Direktor auf. Wenn ein Kind ruiniert wird, regt sich niemand auf, das ist jedem egal. Die Schule ist eine teuflische Welt für mich. Die Schule ist eine Welt, wo jeder gegen jeden ist. Bei uns war jeder gleich ‚a Orschloch‘, ‚a schwule Sau‘ oder ‚a depperte Hur‘. Die haben sich, glaube ich, gar nichts dabei gedacht. Ich hab´ nur gewusst, das ist nicht meine Welt. An Selbstmord habe ich fast jeden Tag gedacht. Ich wollte wirklich lieber tot sein als dort. ... Meinen Eltern hätte ich das nicht sagen können, die wären sicher in die Schule gekommen, und dann wäre alles noch schlimmer geworden. Die Lehrer hätten mir sicher nicht helfen können. ... Die Lehrer waren auch wirklich arm bei uns. Ich hasse aber die Lehrer, weil sie nichts gesagt haben. ... Wenn ich die Gehrer (d.h. die Unterrichtsministerin, Anm. d. R.) wäre, müsste jeder Lehrer eine spezielle Ausbildung machen, wo man lernt, wie man mit diesen gemeinen Kindern umgeht. ... Warum redet niemand mit der Gehrer? Warum sagt ihr das niemand, wie es in der Schule wirklich ist?“

Jakob und Marlene sind keine Einzelfälle. 80% der Kinder und Jugendlichen, die meine Ordination (eine Privatordination) aufgesucht haben, sind nicht aufgrund familiärer Problematiken krank geworden, sondern in erster Linie aufgrund ihrer Schulsituation. Laut internationalen Studienergebnissen leiden bis zu 20% der Schüler und Schülerinnen an unseren Pflichtschulen unter Schulmobbing. Eine österreichische Studie aus dem Jahr 2002 erbrachte ein ähnliches Ergebnis.

Alle Kinder aus meiner Ordination, die auf das Mobbing vorwiegend mit einer depressiven Störung reagierten, hatten im Gegensatz zu jenen Kindern, bei denen die Angstsymptomatik – bis hin zur absoluten Schulverweigerung – vorherrschte, zumindest noch einen richtig guten Freund in der Klasse, der zu ihnen hielt.

Für eine depressive Entwicklung ist es typisch, dass sie sich eher schleichend entwickelt, sodass die Not des

depressiv reagierenden gemobbten Kindes – im Gegensatz z.B. zu akuter Schulangst bzw. Schulverweigerung – für die Erwachsenen nicht so offensichtlich ist und daher an eine Abklärung bzw. an eine Psychotherapie lange Zeit nicht gedacht wird. Eltern erkennen eine depressive Entwicklung gar nicht oder verkennen diese etwa als einfache Pubertätskrise.

In der Schule sind depressive Kinder typischerweise ruhig, still und angepasst. Sie reden wenig, sie bleiben in der Pause auf ihren Plätzen sitzen oder stehen verunsichert und verloren im Pausenhof herum. Sie fehlen mehr als andere, aber sie stören nicht, sodass auch Lehrer selten Alarm schlagen. Manchmal fallen gemobbte depressive Kinder aufgrund ihrer Weinerlichkeit auf, aber auch diese kann als Wesensmerkmal des Kindes fehlinterpretiert werden.

Die Auswirkungen von Mobbing im Licht der Grundmotivationen

Schulmobbing wirkt sich auf das Erleben der Kinder im Sinne der zweiten Grundmotivation aus. Sie leiden an depressiver oder gereizter Verstimmung, Interesselosigkeit, Freudlosigkeit, einem Gefühl der Wertlosigkeit. Die Antriebsarmut und Müdigkeit können als „Faulheit“ verkannt werden.

Typisch für diese Kinder ist auch der Rückzug aus den Beziehungen. Sie werden von den Klassenkameraden nicht mehr angerufen und auf Parties nicht mehr eingeladen. Aber auch sie selber ziehen sich aus den Beziehungen zurück. Sie meiden außerschulische Veranstaltungen wie Geburtstagsfeiern, Schikurse, Sommersportwochen – dort erleben sie sich ja noch ungeschützt. Der Rückzug aus den Beziehungen kann sich auf den privaten Bekannten- und Freundeskreis ausdehnen. Typisch ist auch der Rückzug in eine Phantasiewelt.

Appetitstörungen können vorhanden sein. Schlafstörungen konnte ich so gut wie immer beobachten: Einschlafstörungen, manchmal begleitet von innerlich ablaufenden Bildern der erlebten Mobbing-situationen, Durchschlafstörungen mit Alpträumen. Eltern be-

richten von Aufschreien und Aufweinen ihres Kindes. Bei anderen Kindern kommt es zu einem vorzeitigen Erbrechen in einer weinerlichen Stimmung. Gelegentlich ist auch Erbrechen beobachtbar.

Aufgrund welcher depressiven Symptome haben Eltern ihre gemobbten Kinder in Psychotherapie gebracht?

Ein häufiger Anlass, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten aufzusuchen, sind Konzentrationsstörungen, die zu einem deutlichen Leistungsabfall in der Schule führen. Das Kind sagt dann z.B. „Auf das, was die Lehrerin sagt, kann ich mich nicht konzentrieren; ich denk mir nur, hoffentlich geben's heut' a Ruh', hoffentlich ist der Tag bald vorbei.“ (Anna, 8 Jahre)

Ein zweiter Vorstellungsgrund ist, wenn das Kind so stark somatisiert und meist trotz wiederholter medizinischer Abklärungsversuche kein organisches Korrelat für die Beschwerden gefunden werden kann und aufgrund der Beschwerden der Schulbesuch in Frage gestellt ist.

Ein weiterer Anlass ist, wenn ein Kind suizidal wird. 60% der gemobbten Kinder und Jugendlichen in meiner Ordination gaben an, wiederholt an Selbstmord gedacht zu haben. Der Hauptgrund war der Wunsch, sich aus ihrer verzweifelten und für sie aussichtslos erscheinenden Situation zu befreien. Einige Betroffene haben Handlungen im Sinne suizidaler Gesten gesetzt. Bei einer 16jährigen Gymnasialschülerin, die nach einem Suizidversuch vom behandelnden Krankenhaus zur Psychotherapie überwiesen wurde, stellte sich in den nachfolgenden Therapiegesprächen heraus, dass der Selbsttötungsversuch in dem jahrelangen Mobbing durch zwei Mitschülerinnen gründete.

Laut einem aktuellen Bericht der International Police Association (2004) führen Experten jede fünfte Selbsttötung im Kindes- und Jugendalter auf Schulmobbing zurück.

Was können wir gegen Gewalt und Mobbing in der Schule tun?

Der norwegische Mobbing-Forscher *Dan Olweus* hat mit Erfolg ein Mobbingpräventions- und -interventionsprogramm für Schulen entwickelt, dessen wichtigste Punkte ich im Folgenden kurz ausführen werde.

Zwei Bedingungen müssen erfüllt sein, damit das Interventionsprogramm nach *Olweus* zum Einsatz kommen kann:

Erstens müssen Schulleiter und Lehrer ein Bewusstsein für die Gewaltprobleme zwischen den Kindern haben und sich ein Wissen über das Phänomen Mobbing aneignen. Nach einer Studie von Schäfer & Frey (1999) gaben 80% der Direktoren an, dass das Gewaltproblem an ihrer Schule kein Thema sei.

Zweitens müssen Schulleiter, Lehrkräfte und Eltern die Einstellung mitbringen, Mobbing zwischen den Kindern nicht als etwas Unvermeidliches im Leben ihrer Kinder anzusehen, und die Bereitschaft mitbringen, sich ernsthaft für Veränderungen einzusetzen.

Eine der ersten Maßnahmen seines Interventionsprogramms stellt eine Fragebogenerhebung zum Thema „Gewalt“ bei allen Schülern und Schülerinnen einer Schule dar, um einen Überblick über das Ausmaß des Gewaltproblems an der eigenen Schule zu bekommen.

Darüber hinaus sollte ein pädagogischer Tag durchgeführt werden, an dem der Schulleiter, das gesamte Lehrerkollegium, Vertreter der Schüler, der Eltern und des schulpsychologischen Dienstes teilnehmen sollten. Die Ergebnisse der Fragebögen sollten vorgestellt und ausführlich besprochen werden. Das Ziel ist die Schaffung eines Bewusstseins und ein Betroffensein bezüglich des Gewaltausmaßes an der eigenen Schule auf breiter Basis, um Mitverantwortlichkeit zu erreichen und einen längerfristigen Handlungsplan auszuarbeiten.

Zu den weiteren Maßnahmen zählen die Verbesserung der Pausenaufsicht

und die Motivierung der Lehrkräfte bei Gewalthandlungen schnell und entschieden einzugreifen. 50% der Mobbinghandlungen passieren in der Pause (*Olweus* 2002).

Olweus schlägt die Einrichtung eines Kontakttelefons vor. Dies ist insbesondere für jene Kinder gedacht, die aus Angst oder auf Grund von Schamgefühlen nicht den Mut haben, sich direkt jemandem anzuvertrauen; 50% der gemobbten Kinder erzählen weder Lehrern noch Eltern davon. Gemobbte Kinder leiden unter der Angst, dass ihnen niemand glauben könnte, dass ihr Leid beschwichtigt werden könnte. Sie haben Angst, dass ihnen in ihrer Situation niemand helfen könnte oder dass durch das Eingreifen der Erwachsenen ihre Situation noch schlimmer und unerträglicher werden könnte. Gemobbte Kinder schämen sich häufig für das, was ihnen angetan wird und suchen den Grund für die Demütigungen bei sich selber; 98% der gemobbten Kinder werden völlig grundlos gemobbt, nur 2% der gemobbten Kinder zeigen selber aggressive Tendenzen (Schleswig-Holstein Interventionsstudie 1996, zit. n. Schäfer & Frey 1996).

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften und Eltern sollte die Schule für regelmäßige Treffen zwischen Lehrern und Eltern sorgen. Die Schule sollte den Eltern klar vermitteln, dass es erwünscht ist, dass sich diese an die Schule wenden, wenn der Verdacht besteht, dass ihr Kind gemobbt wird. Es sollte klar vermittelt werden, dass besorgte Eltern ernst genommen werden und dass sich die Schule für das Stoppen bestehender Mobbinghandlungen einsetzen wird. Gleichzeitig soll vermittelt werden, dass Eltern benachrichtigt werden, wenn Lehrkräften auffällt, dass ihr Kind in Gewaltsituationen verwickelt ist. Das Ziel dieser Gespräche ist der Abbau von gegenseitigen Vorurteilen und Ängsten, um Problemsituationen schneller und angstfreier ansprechen und lösen zu können.

Ein wichtiger Punkt sind regelmäßige Klassengespräche mit den Kindern.

Ein regelmäßiger Wochenrückblick wäre eine Art soziale Kontrolle. Kinder sollten nach *Olweus'* Ansicht aufgeklärt werden, was Mobbing ist, wie es entsteht, wodurch die typische Mobbingdynamik gekennzeichnet ist. Die Kinder sollten ermutigt werden, Mobbing zu melden. Sie sollten wissen, dass das nicht „Petzen“ ist, sondern Mitgefühl mit dem Opfer und das Eintreten für einen Schwächeren bedeutet. Kinder sollen über die Auswirkungen und das Leid, das Mobbing für die Betroffenen bedeutet, Bescheid wissen. Den mobbenden Kindern ist nicht immer voll bewusst, wie viel Schaden und Leiden sie mit ihrem Verhalten den Opfern zufügen. Nach *Olweus* sprechen 85% der Lehrer nicht mit den Schülern über Gewaltprobleme.

Im Einzelfall sind ernsthafte Gespräche mit den Mobbern und ausführliche Gespräche mit dem gemobbten Kind zu führen. Wenn eine Lehrkraft weiß oder den Verdacht schöpft, dass Mobbinghandlungen zwischen Kindern stattfinden, sollte sie sofort eingreifen und möglichst bald die Situation klären. Die Botschaft an den/die Mobber soll dabei klar sein: „Wir akzeptieren keine Gewalt in unserer Schule/Klasse und werden dafür sorgen, dass sie aufhört.“ (*Olweus* 2002, 97) Die Botschaft an das gemobbte Kind soll sein: „Ich nehme deine Situation ernst und werde dafür sorgen, dass diese Drangsalierungen gegen dich aufhören.“ Nach einer Studie aus Schleswig-Holstein greifen Lehrer bei Gewalthandlungen zwischen Schülern selten ein (Schleswig-Holstein Interventionsstudie 1996, zit. n. Schäfer & Frey 1996); 66% von 320 befragten Lehrkräften gaben an, dem Phänomen „Gewalt zwischen Schülern“ nicht gewachsen zu sein (Schäfer & Frey 1996).

Wird Mobbing festgestellt, sollte Verbindung mit den Eltern aufgenommen werden. Führen Gespräche mit den Kindern und deren Eltern zu keiner Lösung, sind nach *Olweus* Experten von außen (Schulpsychologe, Beratungslehrer etc.) zuzuziehen.

Die letzte Lösungsmöglichkeit ist der

Wechsel der Klasse oder der Schule. *Olweus* weist darauf hin, dass als erstes daran gedacht werden soll, die aggressiven Kinder und nicht das Opfer zu versetzen.

Auswirkungen des Präventions- und Interventionsprogramms

Olweus berichtet über folgende Auswirkungen seines Präventions- und Interventionsprogramms, das er an 715 Schulen mit insgesamt 130.000 Schülern durchgeführt hat:

1. Ein Rückgang des Gewaltproblems um 50%.
2. Die Wirkungen des Interventionsprogramms waren nach zwei Jahren noch deutlicher als nach einem Jahr.
3. Es gab keine „Verlagerung“ der Gewalt aus der Schule auf den Schulweg.
4. Es gab auch eine deutliche Abnahme des asozialen Verhaltens wie Vandalismus, Diebstahl, Trunkenheit und Schulschwänzen.
5. Das Sozialklima in den Klassen verbesserte sich: es entwickelten sich bessere Ordnung und Disziplin, positivere soziale Beziehungen und eine positivere Einstellung zu Schularbeiten und zur Schule.
6. Das Interventionsprogramm senkte auch die Zahl von neuen Opfern.

Resümee

Die meisten Forschungsergebnisse in Europa zeigen, dass Mobbing ein erhebliches Problem in unseren Schulen darstellt und dass wohl keine Schule als „mobbingfrei“ gelten kann. Dank der Schulmobbing-Forschung der letzten zwei Jahrzehnte steht uns heute ein großes Wissen über diese besondere Art der Gewalt und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und Entwicklung unserer Kinder zur Verfügung. Es liegt an uns Erwachsenen – Schulleiter, Lehrer, Kindergärtnerinnen, Eltern, Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater, Hausärzte, Kinderärzte etc. – , wie wir mit dieser Thematik umgehen wollen und in welche Richtung wir weiter gehen. Im Besonderen möchte ich an dieser Stelle auch die schulpolitisch Verantwortlichen auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene in ihre Verantwortung

nehmen. Sie bestimmen, auf welche Werte das Augenmerk gelegt wird, um welche Inhalte es in den Fort- und Weiterbildungen geht und wie gut und kompetent unsere Lehrer und Schulleiter für die oben erwähnten Aufgaben und Herausforderungen ausgebildet und ausgerüstet werden, mit denen sie an unseren Schulen täglich konfrontiert sind.

Abschließend ein Zitat von *Olweus*: „Jeder Einzelne sollte das Recht haben, frei von Bedrängnis und wiederholter absichtlicher Erniedrigung sowohl in der Schule als auch in der Gesellschaft überhaupt zu leben. Kein Schüler dürfte Angst haben müssen, in die Schule zu gehen, aus Furcht vor Drangsal und Erniedrigung. Keine Eltern sollten sich Sorgen machen müssen, dass so etwas ihrem Kind widerfährt.“ (*Olweus* 2002, 56)

Literatur

- International Police Association (2004) Gewalt in der Familie, gegen Frauen, gegen Kinder, in der Schule, am Sportplatz, gegen Sachen. Wien: IPA.
- Olweus* D (2002) Gewalt in der Schule. Bern: Huber, 3°
- Schäfer M, Frey D (1999) Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe

Anschrift der Verfasserin:

Dr.med. Christa Lopatka

Eichberg 136

A- 8234 Rohrbach a. d. Lafnitz

Der Weg zur inneren Bewegung

Eine existenzanalytische Fallbesprechung zur Depression

Karin Steinert, Silvia Längle

In diesem Artikel werden anhand eines Fallbeispiels die Erfahrungen und das Erleben einer depressiven Patientin beschrieben. Hervorgegangen ist dieser Beitrag aus dem Workshop, bei dem Karin Steinert den vorliegenden Fall zur Supervision durch Silvia Längle in der Gruppe vorstellte. Es werden die wichtigsten Vorgehensweisen in der existenzanalytischen Psychotherapie beleuchtet, die es der Patientin ermöglicht haben, von der depressiven Erstarrung zu einer inneren Bewegung und Lebendigkeit zu gelangen.

1. Der erste Kontakt mit Doris und ihr sozialer Hintergrund

Doris¹ schreibt ein email mit folgendem Inhalt: „Ich bin auf der Suche nach meiner verloren gegangenen Lebensfreude. Ich leide seit ungefähr sechs Jahren an Depressionen und seit einem halben Jahr nehme ich Medikamente dagegen. Die Medikamente haben mir geholfen am Morgen zumindest aufzustehen und haben die Verzweiflung gemildert - trotzdem würde ich noch immer mein Leben am liebsten herschenken. Bitte können Sie mir helfen? - Ich würde so gerne lernen, das Leben als großartiges Geschenk zu empfinden!“ Wir vereinbaren einen ersten Termin.

Doris ist 21 Jahre alt. Sie hat kurze blonde Haare, trägt eine Brille und ist ein bisschen übergewichtig. Sie macht einen gepflegten Eindruck, ist leger gekleidet mit weiten Hemden oder Pullovers, die auch in den späteren Treffen meist einfarbig in beige oder grau gehalten sind, sie ist ungeschminkt. Beim Versuch ihr Erscheinungsbild zu beschreiben fällt auf, dass es mir schwer fällt, etwas Genaueres über sie zu sagen, weil sie so unauffällig wirkt. Sie bewegt sich wenig, ihre Stimme klingt monoton. Doris ist höflich und sehr angepasst, sie scheint vor allem bemüht zu sein, nichts zu zeigen, was unangenehm auffallen könnte.

Doris ist bei ihrer Familie im Burgenland aufgewachsen, sie hat eine eineiige Zwillingsschwester, die ein paar Minuten älter ist als sie selbst, außerdem noch eine ältere und eine jüngere Schwester.

Es sind also insgesamt vier Mädchen. Die Eltern führen gemeinsam einen Schlossereibetrieb.

Doris hat die Hauptschule besucht und danach eine Hauswirtschaftsschule. Anschließend hat sie verschiedene Ausbildungen begonnen (z.B. eine Schauspielschule), aber bald wieder abgebrochen. Seit Herbst macht sie eine Physiotherapieausbildung in Wien. Diese Ausbildung gefällt ihr gut, und es ist eine große Leistung, dass sie schon seit einem halben Jahr kontinuierlich bei dieser Ausbildung dabei geblieben ist. Es ist ihr wichtig, diese Ausbildung abschließen zu können.

Zu Therapiebeginn lebt Doris in Wien in einer Wohngemeinschaft gemeinsam mit zwei anderen Frauen. Kennen gelernt hat sie die beiden bei einer katholischen Marienbewegung, wo sie auch einige Zeit selbst aktiv dabei gewesen ist, zu der sie mittlerweile aber eine sehr distanzierte Einstellung hat. Die beiden Mitbewohnerinnen wollen immer wieder mit Doris reden, mit ihr beten, sie ermuntern, sich zusammen zu nehmen. Doris versucht, den beiden so weit wie möglich aus dem Weg zu gehen, und verlässt deswegen kaum ihr Zimmer.

Vor einem halben Jahr hat Doris erstmals versucht, etwas gegen die Depression zu tun und hat ein paar Stunden Psychotherapie gemacht. Sie hat die Therapie dann aber rasch wieder abgebrochen, weil der Therapeut sehr wenig gesagt und sie sich von ihm nicht verstanden und gesehen gefühlt hat. Au-

ßerdem hat ihr der Hausarzt Antidepressiva verschrieben, die ihr helfen, in der Früh aufzustehen und die Schule zu besuchen. Von der Therapie erhofft sie sich Unterstützung, Begleitung durch den Alltag und Begegnung.

2. Die Schulzeit – Beginn der Depressionen

Als Kind beschreibt sich Doris als lebendig und interessiert, auch in der Volks- und Hauptschule ging es ihr gut. Wenn es dort zu Ungerechtigkeiten kam, dann hatte sie das Gefühl, dass sie sich dagegen wehren konnte und durfte.

Schlecht geht es ihr erstmals während der Zeit in der Hauswirtschaftsschule. Zu Beginn der Therapie erzählt sie, dass sie sich vor allem von einem Lehrer sehr oft übergangen und ungerecht behandelt gefühlt hat. Wenn sie das damals ihm gegenüber ansprach, dann kamen nur abfällige Bemerkungen oder Sanktionen von diesem Lehrer. Doris wechselt nach zwei Jahren sogar die Schule und steigt in eine andere Hauswirtschaftsschule an einem anderen Ort ein, aber auch dort fühlt sie sich ohnmächtig und hilflos. Damals beschließt sie für sich, dass es besser wäre, gar nichts mehr zu sagen und einfach still zu sein, alles an erlebten und empfundenen Ungerechtigkeiten zu schlucken, um möglichst wenig aufzufallen und nur irgendwie diese Schuljahre hinter sich zu bringen.

Extreme Abwertung erfährt Doris dann auch noch bei einem dreimonatigen Praktikum auf einer norddeutschen Insel, das sie im Rahmen der Hauswirtschaftsschule absolviert. Dort arbeitet sie als Kellnerin und wird von ihrer Chefin sehr schlecht behandelt. Auch hier hat sie wieder das Gefühl, dass sie dieser schlechten Behandlung nichts entgegen setzen kann, dass sie sich nicht wehren darf. Doris versucht den Angrif-

¹Name und Daten, die zur Erkennung der Person führen könnten, sind verändert.

fen der Chefin dadurch zu entgehen, dass sie mehr als die anderen arbeitet, früher aufsteht, sieben Tage in der Woche im Einsatz ist. Aber die Chefin beschimpft Doris weiterhin und sagt ihr wiederholt, dass sie eine unmögliche Person ist. Nach diesen drei Monaten ist Doris nicht mehr sicher, ob sie diese schlechte Behandlung nicht vielleicht doch verdient hat.

Zu Beginn der Therapie erzählt Doris von ihren Erlebnissen in der Hauswirtschaftsschule, ohne dass wirklich verstehbar wird, was sie trotz ihrer ursprünglichen Stärke in diese tiefe Resignation gebracht hat. Wie beziehungslose Einzelteile stehen verschiedene Erzählungen nebeneinander, die sich scheinbar nicht sinnvoll miteinander verbinden lassen. Erst nach vielen Therapiestunden, in denen das Thema der Schulzeit immer wieder angesprochen und von verschiedenen Perspektiven beleuchtet wird, zeigen sich die Zusammenhänge.

Doris erzählt nämlich (erst viel später in der Therapie), dass sie eigentlich immer Schauspielerin werden wollte, aber dass es erst ab 17 Jahren möglich ist, eine Schauspielschule zu besuchen. Und während ihre Zwillingschwester eine Kunstschule besucht, beginnt Doris mit einer Hauswirtschaftsschule und merkt schon nach den ersten Wochen, dass ihr diese Schule überhaupt nicht gefällt und dass sie gar kein Interesse an diesen Inhalten hat. Trotzdem wird sie von ihrer Familie aufgefordert, einfach durchzuhalten, um diesen „nützlichen“ Schulabschluss zu erlangen. Doris wehrt sich immer wieder gegen Übergriffe von einzelnen Lehrern, aber an der Situation, Tag für Tag in einer Schule zu sitzen, die sie gar nicht interessiert, kann sie nichts ändern. Auch als sie die Schule wechselt, gibt es keine Verbesserung, weil sie wieder genau denselben Schultyp einer Hauswirtschaftsschule besucht. In dieser Zeit fühlt sie sich immer müder und energieloser, außerdem beginnt sie damit, aus der Leere und Hoffnungslosigkeit heraus viel zu essen und nimmt stark zu, was sich wiederum negativ auf ihren Selbstwert auswirkt. Doris steht unter einem extremen Druck, die fünf Jahre Schule durchzustehen. In dieser Zeit verliert sie

sich selbst und gleitet in eine starke Passivierung ab, die schließlich in eine Depression führt.

3. Die Beziehung zu sich und zur Welt

In Therapie kommt Doris erst, nachdem die Matura in der Hauswirtschaftsschule bereits mehr als zwei Jahre zurückliegt. Trotzdem sind nach dem Schulabschluss die depressiven Symptome nicht zurückgegangen. Fünf Jahre ist Doris über ihre eigenen Bedürfnisse hinweggegangen und hat dadurch die Beziehung zu sich selbst und zu dem, was ihr wichtig ist, verloren. Sie hat sich selbst immer mehr zurückgestellt, um die dauerhaft belastende Situation in der Schule aushalten zu können. Obwohl sich durch den Abschluss der Hauswirtschaftsschule die äußeren Bedingungen verändern, ist Doris nicht in der Lage, danach wieder eine gute Beziehung zu sich aufzubauen, zu lange hat sie selbst kaum eine Rolle gespielt. Durch dieses ständige Sich-zurück-Nehmen und Keine-Rolle-im-eigenen-Leben-Spielen verliert sie mehr und mehr ein Gespür für ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse, für ihren eigenen Wert. Dadurch wächst die Bereitschaft, die Abwertungen anderer (Lehrer, Praktikum) zu internalisieren, und dementsprechend abwertend ist auch der Umgang, den Doris mit sich selbst hat. Beispielsweise erzählt sie: „Als ich einmal bei einem Unfall dabei gewesen bin, da war es vor allem wichtig, dass es den anderen gut geht. Darum habe ich mich in erster Linie gekümmert. Erst danach habe ich geschaut, wie es eigentlich mir geht.“ Das eigene Leben erlebt Doris als wertlos, es wird immer hinter den Ansprüchen der anderen zurückgestellt, und kommt so an letzter Stelle.

Da Doris nicht mehr auf ihre Bedürfnisse achtet, hat sie auch zunehmend verlernt, sich auf ihre Gefühle zu beziehen. So fühlt sie nun auch nicht mehr, wo es sie hinzieht. Sie spürt nicht, was ihr gefällt oder was sie braucht. Statt dessen behilft sie sich mit einem Gerüst an Vorstellungen über sich und ihre Welt, an dem sie sich auszurichten versucht.

Erst in einer späten Therapiephase kann Doris diesen Zustand eindrücklich

beschreiben. Sie hat jeden Tag bereits beim Aufstehen am Morgen sehr genaue Vorstellungen und Konzepte, was an dem jeweiligen Tag passieren soll und wie sie sich zu verhalten hat. Dieses Gerüst von Vorgaben gewährt ihr Halt, Führung und Sicherheit. Sie muss sich nicht immer neu dafür entscheiden, was sie tun wird und was nicht, sie muss nicht immer wieder neu zu spüren versuchen, wo es sie im jeweiligen Augenblick hinziehen würde und wohin nicht. Entlang dieses Vorstellungsgerüsts versucht sie, sich Schritt für Schritt vorwärts zu bewegen. Aber diese Bewegung ist nicht von innen heraus motiviert, sondern entspringt einer Steuerung durch von außen gesetzte Vorgaben. Daher ist dieses Gerüst natürlich im höchsten Grad unflexibel und starr, es engt ein, es ermöglicht keine innere, sondern nur eine äußere Bewegung, die aber immer wieder stecken zu bleiben droht, weil die innere Motivation fehlt.

Bei der Verwirklichung der Vorstellungen und Erwartungen, die Doris darüber hat, wie sie sich verhalten und was sie zu tun hat, ist sie sehr streng mit sich. Zum Beispiel hört Doris Radio und liegt dabei im Bett. Sie findet dieses Verhalten aber zu faul und fände es richtiger, beim Radiohören nicht im Bett zu liegen, sondern am Tisch zu sitzen und Tee zu trinken. Doris stellt also hohe Ansprüche an sich selbst und kommt sofort in eine Entwertungshaltung („zu faul“), wenn sie ihren eigenen Vorstellungen nicht entsprechen kann.

Dadurch, dass Doris nach einem fixen Verhaltensplan zu leben versucht und ihre inneren Motivationen nicht wahrnimmt, wird es unlebendig und anstrengend in ihrem Leben. Vor allem, wenn sie am Nachmittag von der Schule wieder nach Hause kommt, zieht sich Doris meistens alleine in ihr Zimmer zurück und liegt nur im Bett. Sie empfindet dann alles als sinnlos leer. Dieser Rückzug ist äußerlich eine Regression dahin, wo es warm und geborgen ist, aber auch innerlich möglichst weit von den Ansprüchen der Welt weg ins Eigene. Doch was sie da auffindet, ist über die Jahre eine Leere geworden. Dann kommt es immer wieder zu Essanfällen („binge-eating“), bei denen sie wahllos alles in sich hin-

einschlingt, was sie im Kühlschrank vorfindet. Danach fühlt sie sich verständlicherweise noch elender: es geht am Bedürfnis nach Lebendigkeit, Wärme und Nähe vorbei und setzt weitere Abwertungen in Gang.

Der Mangel an innerer Beziehung spiegelt sich auch in einer Einschränkung der äußeren Beziehungen wider. Doris hat kaum Sozialkontakte. Sie lebt zwar in einer Wohngemeinschaft mit zwei anderen Frauen, ist aber bemüht, diesen möglichst aus dem Weg zu gehen. Dieses eingeschränkte Sozialleben hat auf der einen Seite damit zu tun, dass sie niemandem „auf die Nerven gehen“ und zur Last fallen möchte. So erzählt Doris einmal, dass sie manchmal am Nachmittag Lust hätte, eine bestimmte Freundin zu besuchen, die in der Nähe der Schule wohnt. Sie schaut aber nie dort vorbei, weil sie Angst hat, dieser Freundin zur Last fallen zu können. Neben diesem Aspekt, niemanden belasten zu wollen, meidet Doris Sozialkontakte auf der anderen Seite auch deswegen, weil sie sich unwohl fühlt und schnell unter Druck kommt, wenn ihr andere Ratschläge geben und ihr immer wieder sagen, dass sie sich nur zusammen reißen brauche, weil dann schon wieder alles gut werden würde.

Doris tut sich außerdem sehr schwer damit, „nein“ zu sagen, wenn sie von anderen um etwas gebeten wird (z.B. ob sie für jemanden etwas nähen könnte), auch wenn sie genau weiß, dass es ihr durch eine Zusage eng wird und alles zuviel. Um solchen Situationen, bei denen es eine klare Abgrenzung bräuchte, die ihr nicht möglich ist, zu entgehen, versucht Doris möglichst wenige Leute zu treffen. Andererseits fühlt sich Doris durch eine Anfrage von außen an sie in ihrem Wert angesprochen, den sie sonst wenig spüren kann. Sie selbst empfindet sich als unwert, und daher ist sie verleitet, sich für andere zu verausgaben, kann Anfragen von anderen nicht abschlagen, weil es ihr eben vor allem darum geht, zu spüren, dass sie selbst jemand ist, dass sie selbst einen Wert hat.

Zu ihrer Familie im Burgenland hat Doris regelmäßig Kontakt und fährt jedes Wochenende nach Hause. Spannun-

gen gibt es vor allem mit ihrer um ein paar Minuten älteren, eineiigen Zwillingsschwester, mit der sich Doris immer wieder vergleicht. Diese Schwester ist ihrer Meinung nach viel attraktiver als sie selbst. Doris bewundert sie und möchte auch so locker und gelassen sein wie diese. Die Schwester hat auch eine bessere Figur und ist viel interessanter für andere als Doris selbst. Für ihre Zwillingsschwester näht Doris immer wieder Kleider, für sich selbst hingegen nicht, weil sie dazu erst einmal abnehmen müsste. Doris erinnert sich, dass es ihr ein bisschen besser gegangen ist, als ihre Zwillingsschwester für einige Wochen in Amerika war. Damals hat sie sich regelrecht befreit gefühlt. Durch diesen Vergleich mit ihrer Zwillingsschwester entsteht eine permanente Überforderung.

Erst viel später in der Therapie (um die 20. Stunde herum) berichtet Doris, dass sie bereits als Kind die Einstellung hat, „dass es schon reicht, wenn es nur eine von uns beiden schafft“. Wenn eine der beiden Schwestern zum Beispiel auf einen Test eine gute Note bekommt, dann ist die Note der anderen nicht mehr so bedeutsam. In der Volks- und Hauptschulzeit ist eine gewisse Balance gegeben, einmal ist eines der beiden Mädchen besser, dann das andere. Nachdem aber die Zwillingsschwester eine Kunstschule besucht und Doris „nur“ in die Hauswirtschaftsschule geht, ist für sie klar, dass ihre Schwester „es geschafft“ hat, während für sie selbst nur noch der „wertlose Rest“ übrig bleibt.

4. Die suizidale Krise

Die ersten sonnigen Frühlingstage bringen Doris in eine große Krise. Sie schreibt mir ein e-mail, in dem sie ihre ganze Verzweiflung zum Ausdruck bringt. „Ich fühle mich die letzten zwei Tage, als wäre ich allein auf der Welt. Es gibt nichts, das mir einen Sinn gäbe hier auf dieser Welt leben zu wollen. Ich sehe die Blumen, die Sonne, die Menschen, die lachen, aber ich kann es nicht verstehen, ich kann es nicht sehen - es bedeutet mir nichts. Es tut mir so leid, ich liebe meine Familie und ich möchte niemanden Umstände machen. Ist nicht alles meine Schuld? Bin nicht ich so?“

Wir machen uns noch für denselben Tag einen Termin aus.

Doris kommt sehr verzweifelt in diese sechste Therapiestunde. Sie sollte eigentlich in der Schule sein, aber sie möchte nicht. Auf meine mehrmalige Nachfrage, ob es ein bestimmtes Ereignis gibt, das sie so verzweifelt gemacht hat, sagt sie, dass ihr nichts Konkretes einfällt.

Das sollte sich - allerdings erst in späteren Reflexionen - als unrichtig herausstellen. Sie hatte die Tage vor dieser Krise öfter mit einem Bekannten von früher e-mails ausgetauscht, sie war von sich aus in Kontakt mit ihm getreten und hatte sich geöffnet. Dieser Bekannte bricht den Kontakt jedoch nach einigen Tagen plötzlich wieder ab, ohne sich noch einmal zu melden. Doris fühlt sich zurückgestoßen und wertlos, sie bezieht die „Schuld“ für den Abbruch der eben erst aufgenommenen Beziehung sofort auf sich selbst, ohne den genauen Hintergründen für den Kontaktabbruch von Seiten des Bekannten nachzugehen. „Er hat mich verraten und meldet sich nicht mehr. Aber das ist auch kein Wunder. Niemand interessiert sich für mich. Ich bin langweilig und uninteressant. Ich bin selbst Schuld daran. Da will ich gleich gar keine Beziehung mehr!“ Gleichzeitig hat Doris den Anspruch an sich, dass sie „so eine Kleinigkeit“ nicht berühren sollte, dass sie „über“ so etwas stehen sollte, dass dieses Ereignis „nichts“ gewesen ist. So wird sie also auf der einen Seite durch dieses Ereignis berührt, möchte aber nicht spüren müssen, dass etwas nicht passt. Dadurch weicht sie jedem Bewegtwerden aus und manövriert sich in eine „Sackgasse“, wo es zum völligen inneren Stillstand kommt, aus dem es keinen Ausweg zu geben scheint - außer eben den Gedanken an Selbstmord.

In der akuten Krisensituation hat Doris aber keinen Zugang zu diesem Zusammenhang. Sie will nichts mehr, alles erscheint ihr sinnlos. Sie möchte am liebsten in Ruhe gelassen werden und gar nichts mehr tun. Außerdem denkt sie immer wieder daran, sich selbst umzubringen, indem sie sich die Pulsa-

dern aufschneidet, und sie hat Angst, dass sie es nicht mehr kontrollieren kann, diese Tat auch auszuführen. Doris möchte nicht in ihre Wiener Wohnung, wo sie das Alleinesein gar nicht aushält, sie möchte auch nicht in die Schule. Besser wäre es noch im Burgenland bei ihrer Familie, aber denen mag sie auch nicht zur Last fallen. Außerdem kommt es ihr unendlich weit weg vor, dorthin zu kommen. Und ihre Familie möchte auch in einigen Tagen für einige Zeit auf Urlaub fahren, dann wäre sie ganz alleine im großen Familienhaus. Das mag sie auch nicht. Ich frage sie an, ob sie sich vorstellen könnte, für einige Tage in ein Krankenhaus zu gehen, und Doris findet diese Vorstellung sehr entlastend. Außerdem besprechen wir, dass Doris es am liebsten hätte, wenn ihre Mutter sie mit dem Auto in Wien abholen und mit ihr gemeinsam ins Krankenhaus fahren würde. Aber sie scheut sich, ihre Mutter zu kontaktieren und sie darum zu bitten, weil sie ihr keine Umstände machen möchte.

Doris weiß zu diesem Zeitpunkt also ziemlich genau, was sie bräuchte, aber sie wertet alles sofort wieder ab, weil sie „nicht zur Last fallen“ und „keine Umstände machen“ möchte. In dieser Situation übernehme ich stark spürbar die Führung und vermittele Doris, dass es jetzt nicht darum geht, dass sie niemandem zur Last fällt, sondern dass es um ihr Leben geht, das jedenfalls geschützt werden muss. Durch diese Haltung, mit der ich ihr entgegenrete, dass es nämlich selbstverständlich ist, dass sie überleben soll und dass ich ohne wenn und aber hinter ihr stehe, kann die Patientin spüren, dass ich sie nicht alleine lasse, dass ich ihr nahe bin. Sie existiert so, wie sie da ist, wir bearbeiten nichts an ihr, nichts von ihr, es geht nur um sie. Durch diese unübersehbar präsente therapeutische Beziehung wird Gegenwart geschaffen, aus der heraus erst wieder Zukunft möglich wird. Ein Raum tut sich auf, der zu einem Weg werden kann.

Doris ruft noch während der Therapiestunde ihre Mutter im Burgenland an und bittet sie, sie direkt von meiner Praxis in Wien mit dem Auto abzuholen und ins Krankenhaus zu bringen. Die Mut-

ter sagt sofort zu und holt ihre Tochter in Wien ab.

Doris verbringt schließlich eine Nacht im psychiatrischen Krankenhaus. Den Aufenthalt dort erlebt sie keineswegs als Entlastung, sondern als ganz extreme Entmündigung, sie fühlt sich von keinem Arzt ernst genommen und muss auf einem Notbett am Gang übernachten. Trotzdem passiert in dieser Nacht eine entscheidende Wendung, die Doris später so beschreibt: „In der Nacht im Krankenhaus bin ich lange wach gelegen, ich konnte nicht schlafen. Und da habe ich gespürt, dass ich jetzt am Boden angekommen bin. Bis jetzt hatte ich immer das Gefühl, dass ich falle. Jetzt bin ich am Boden gelandet. Von da kann es nicht tiefer gehen, von da kann es nur wieder weiter nach oben gehen.“ Und weiter: „In dieser Situation der totalen Entmündigung habe ich ganz deutlich gespürt, dass ich mein Leben nicht aufgeben möchte, sondern dass ich leben mag!“ Das ist eine Erfahrung, die Doris keinesfalls missen möchte, eine Erfahrung, die etwas gründet, das sie auch im späteren Therapieverlauf nicht mehr in Frage stellt, und den ersten Schritt in Richtung einer inneren Bewegung kennzeichnet.

5. Der Weg zur inneren Bewegung

Während dieses Ankommens am tiefsten Punkt fühlte sich Doris vom Leben erfasst. Damals hat sie sich für ihr Leben entschieden. Dies wurde zum Ausgangspunkt für alle weiteren Bewegungen. Seither beginnt Doris achtsam mit sich umzugehen und langsam, Schritt für Schritt Beziehung zu sich aufzunehmen. Sie kommt auch danach immer wieder in Situationen der Abwertung, des Stillstandes, aber sie verharrt nicht mehr dort in Hoffnungslosigkeit, sondern nimmt sich selbst an die Hand und sucht nach einem weiteren Weg.

Aber wodurch wurde es Doris möglich, dorthin zu gelangen?

Der wesentliche Faktor ist sicher in der Beziehung zu suchen, die in der Therapie zwischen mir als Therapeutin und Doris entstanden ist. Ich nehme der Patientin gegenüber eine empathische

und Beziehung aufnehmende Grundhaltung ein, das heißt, dass ich Doris ganz stark entgegenkomme, ihr ein präsentes und verständnisvolles Gegenüber bin und mich selbst einbringe. Die ganze Aktivität liegt zu Beginn der Therapie also bei mir als Therapeutin. Das ist eine Haltung, die Doris in ihrer Depression unbedingt braucht und weswegen sie sich auch bei einem Therapeuten nicht aufgehoben fühlen konnte, der kaum etwas sagt und für sie nicht spürbar wird. Ziel ist es, durch meine Beziehungsaufnahme die Patientin zu einer guten Beziehung zu sich selbst und zu ihrer Welt anzuleiten.

Depressives Erleben entsteht, wenn jeder weitere Weg der Bewegung versperrt ist, wenn es scheinbar keinen Ausweg aus der Erstarrung und Wertlosigkeit mehr gibt, wenn das Gefühl auftaucht, in der Falle oder in einer Sackgasse der Ohnmacht zu stecken. Als Therapeutin nehme ich Doris in solchen Situation - bildlich gesprochen - an der Hand und führe sie, ich bleibe mit ihr auf dem Weg und lasse sie nicht alleine. Dadurch wird ihr ein Weg zur inneren Bewegung ermöglicht. Innere Bewegtheit und inneres Schwingen werden zugänglich und annehmbar. Natürlich gibt es auch Angst vor dieser Öffnung.

Eine ganz wesentliche Erfahrung macht Doris in einer späteren Therapiephase, wo sie es wagt, einmal für kurze Zeit das enge Korsett ihrer Erwartungen an ihr Verhalten zu durchbrechen. Wir besprechen in einer Therapiestunde, wie es wäre, wenn sich Doris einmal - für zum Beispiel eine einzige Stunde - nichts Konkretes vornimmt, sondern einfach schaut, wonach ihr gerade ist und danach handelt. Davor hat Doris große Angst, weil sie befürchtet, dass sie sofort wahllos zu essen beginnen würde, wenn sie sich einfach gehen lassen und die Kontrolle über sich aufgeben würde. Trotzdem fasst sie den Mut dazu und beschließt für einen Nachmittag einfach das zu tun, wonach ihr ist. Wesentlich dabei ist, dass sie sich selbst das Versprechen gibt, sich nach diesem Nachmittag keine Vorwürfe zu machen, egal wieviel sie isst oder was sonst noch passiert. Nachdem Doris ganz bewusst

die Entscheidung zum Experiment trifft, für diesen einen Nachmittag ihrer inneren Bewegung zu folgen, erlebt sie, dass sie nicht sofort zu essen beginnt, sondern - ganz im Gegenteil - der große Drang nach Essen verschwindet. Statt dessen entstehen lebendige Stunden, während denen Doris gar nicht müde ist und verschiedene Sachen ausprobiert. So schaut sie sich zum Beispiel Sendungen im Fernsehen an, die sie sonst kaum sieht („weil die zu dumm sind“), sie bäckt Kekse für ihre Familie und geht am Abend nach langer Zeit wieder einmal radfahren. Die Erfahrung, dass das Leben lebendig wird und dass nichts Entsetzliches passiert, wenn sie ihrem inneren Gespür vertraut, ist ein weiterer Schritt in der Richtung, ihre innere Bewegung aufzuspüren und sie wirksam werden zu lassen. Hand in Hand geht dabei die Überwindung ihrer Angst und des Misstrauens sich selbst gegenüber, das wieder ins Stocken führen würde. In neu gewonnenem Vertrauen darf sie sich von der inneren Bewegung ergreifen lassen und sich dabei nahe bleiben.

6. Abschluss

Die Therapie mit Doris ist noch nicht abgeschlossen, aber die Therapiestunden finden in größeren Abständen statt (ungefähr einmal im Monat) und dienen in erster Linie als Stütze und um Situationen zu besprechen, in denen sich Doris (wieder) als Gefangene erlebt. Aber Doris hat mittlerweile so eine gute innere Beziehung zu sich aufgebaut, dass es ihr dadurch möglich ist, auch alleine und ohne ständige äußere Anleitung einen achtsamen Umgang mit sich zu pflegen.

Aber nicht nur die Beziehung zu sich selbst, auch die Beziehung zu ihrer Umgebung hat sich verändert. Sie ist aus der ungeliebten Wohngemeinschaft in Wien ausgezogen und lebt zur Zeit bei ihrer Familie im Burgenland. Obwohl sie von dort aus täglich nach Wien pendeln muss, fühlt sich Doris wohl zu Hause und kann vor allem auch dazu stehen („obwohl man mit 21 Jahren eigentlich nicht mehr bei den Eltern wohnen sollte“). Doris trifft auch vermehrt Freundinnen und setzt sich mehr und mehr mit der schwierigen Beziehung zu ihrer

Zwillingsschwester auseinander.

Doris ist in eine innere Bewegung gekommen und folgt dieser Bewegung. Sie kennt die Gefahren und die spezifischen Ausdrucksweisen des depressiven Rückzugs und ist im Stande, einmal dort angelangt, von selbst wieder in Bewegung zu sich und zu ihrer Welt zu kommen.

*Anschrift der Verfasserinnen:
Mag. Karin Steinert
Eduard Sueß-Gasse 10/22
A-1150 Wien
karin.steinert@existenzanalyse.org*

*Dr. Silvia Längle
Eduard Sueß-Gasse 10/22
A-1150 Wien
sivia.laengle@existenzanalyse.org*

Editors: Rainer Krause, Serge Sulz
European Psychotherapy

Scientific Journal for Psychotherapeutic
Research and Practice

CIP-Medien
ISSN 1435-9464

Special Topic at Vol 4 • no 1 • 2003

Alfried Längle

EXISTENTIAL ANALYSIS

with contributions by C. Furnica, G. v. Kirchbach, M. Kundi, S. Längle, A. Nindl, C. Orgler, J. Sauer, L. Tutsch, C. Wurm, E. Wurst

to order at GLE-Int.: gle@existenzanalyse.org
or direct at: www.cip-medien.com

Depression im Alter

Theres Jones-Schläfli, Erika Luginbühl, Regula Angeli, Christian Streit

Die Beiträge des Symposiums „Depression und Alter“ werden zusammengefasst dargestellt. Es handelt sich insgesamt um Berichte von KollegInnen, die in der Schweiz ärztlich bzw. psychotherapeutisch tätig sind.

1. Erfahrungsberichte mit depressiven Alterspatienten

Das erste Referat hielt **Dr. med. Christian Streit** (Arzt für Innere Medizin), der seit knapp 21 Jahren in der Region Thun (CH) eine gesprächsorientierte Grundversorgerpraxis als allgemeiner Internist führt. Er sprach sehr persönlich über seine „Erfahrungen des medizinischen Grundversorgers mit depressiven Alterspatienten“ und brachte eine Vielzahl an Beispielen aus seiner täglichen Praxis. Hier einige Auszüge aus diesem Referat:

Zur deutlichen Illustration meiner Erfahrungen als Grundversorger möchte ich einen beliebigen Vormittag als Beispiel heranziehen. Da sind zuerst mehrere Patienten mit sogenannt „normalen“, meist organischen Krankheiten eingeschrieben. So geht alles recht flott. Und es ist der Kunst meiner Praxisassistentin zuzuschreiben, dass sie die beiden depressiven Alterspatienten des Morgens in die zweite Hälfte der Morgensprechstunde - quasi in einen etwas geschützteren Raum - installieren kann.

Während des Gesprächs mit der ersten depressiven Frau erreicht mich das Telefon einer jungen, ungewollt schwangeren, hilflosen Frau, die in einer tiefen Krise steckt und sogar die Möglichkeit äußert, sich umzubringen. So bin ich gezwungen, mich dieser anderen Frau telefonisch zuzuwenden. Ein Glück sind dabei die Schnurlostelefone, denn sie erlauben es, das Gespräch zu übernehmen, und je nach dem Verlauf desselben das Sprechzimmer zu verlassen. Wichtig ist dabei, den Blickkontakt mit meiner depressiven Alterspatientin noch eine gewisse Zeit aufrechtzuerhalten, um ihr zu vermitteln, dass sie mir nach wie vor wichtig ist, auch wenn mich die große Not einer anderen Patientin telefonisch voll in Anspruch zu nehmen

beginnt. Jeder hat das Recht, sogar die Pflicht, mich zu stören, wenn es dabei um einen echten Notfall geht. Und die Notfallsituation lässt sich am allerwenigsten planen. Da gilt es, Stunde um Stunde allen Patienten richtig zu kommunizieren was passiert. Nur so bleibt man sich selber treu und den Patienten gegenüber verantwortlich.

Die depressive Alterspatientin hatte von dem Telefon so viel mitbekommen, dass eine junge Frau in Not war und drohte, sich das Leben zu nehmen. Dass ich mich telefonisch der Frau zugewendet hatte und sich für sie eine Lösung anbahnte, nahm sie gerührt zur Kenntnis. Ihre Rührung verwandelte sich schnell in ein heftiges Weinen. So brauchte sie erst einmal Zeit für sich selbst, bis sie schildern konnte, wie der Ehemann sich vor zwei Jahren die Pulsadern aufgeschnitten hatte beim Versuch, sich umzubringen. Jetzt konnte ich ausführlich auf die Situation dieses depressiven Ehepaares aus der Sicht der 85jährigen Frau eingehen, und dieses Eingehen auf ihre Situation tat ihr sichtlich wohl.

In der Grundversorgerpraxis soll den Patienten vor allem mit Geduld und Verständnis begegnet werden. Der Arzt muss sich hüten, Partei zu ergreifen. Er ist weder der Schiedsrichter, noch der Spezialist.

Ein wichtiges Thema, das hier auch erwähnt werden muss, betrifft die *Pseudodemenz* des depressiven Alterspatienten. Jeder psychisch verändert erscheinende Senior hat ein Recht darauf, dass seine psychische Veränderung mit kriminalistisch anmutender Akribie überprüft wird. Handelt es sich um eine passagere Störung? Liegt eine Elektrolytstörung zu Grunde? Handelt es sich um eine diabetische Entgleisung? Ist es ein depressiver Mensch mit sogenannter Pseudodemenz? Das bedarf unbedingt

einer diagnostisch-therapeutische Abklärung durch den ärztlichen Grundversorger.

Eine Literaturempfehlung, auf die Ch. Streit als für seine Praxis sehr hilfreich verweist, ist „Depressionsbehandlung unter komplizierten Bedingungen“ von Hegerl & Hoff (2003): Ausgehend von häufigen klinischen Situationen und Krankheitsbildern stellt es übersichtlich die Depressionsbehandlung polymorbider Senioren dar.

2. Daten zu Alter und Depression

Dr. med. Regula Angeli (Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) berichtet in ihrem Referat über „Alter und Depression - Epidemiologische und andere Daten“. Sie arbeitet seit elf Jahren als allgemeine Psychiaterin in einer eigenen Praxis in Thun. Zu ihren Patienten gehören auch ältere und alte Menschen. Zum Teil sind diese Patienten mit R. Angeli älter geworden, zum Teil suchten sie bereits als ältere Menschen ihre Hilfe. Mehrheitlich war die Suche ange-regt oder sogar vermittelt durch andere, Angehörige, Hausärzte, Seelsorger oder innerhalb einer vorangehenden stationären psychiatrischen Behandlung.

Zu Beginn ihres Vortrages stellt R. Angeli ein Fallbeispiel vor:

Frau B. ist über 90 Jahre alt und lebt alleine. Sie leidet an rezidivierend depressiven Episoden. Jene beginnen immer gleich. Sie mag nicht mehr, hat mehr Mühe mit dem Schlafen, schwitzt und friert gleichzeitig, und es ist ihr ständig übel. Sie klagt vor allem über ihre körperlichen Beschwerden. Verstanden und beruhigt fühlt sie sich, wenn ihr darauf mit Verständnis für das Leiden an einer Depression geantwortet wird. Erst dann ist es möglich, mit ihr zu prüfen, was ihr helfen könnte, ihr Leiden zu erleichtern.

Nach dem Ende jeder Episode wirkt sie viel jünger, und ich bin jedes Mal tief

berührt von ihrer Freude und Liebe zum Leben, die sie dann ausstrahlt.

Was ist bei Frau B. typisch für das Vorliegen einer Depression im Alter? Typisch ist das Klagen über vor allem körperliche Symptome. Die Kernsymptome der Depression, Bedrücktheit, Hoffnungs-, Interesse- und Freudlosigkeit kommen erst im Gespräch zum Vorschein. Heilung ist möglich, Frau B. spricht auf die Behandlung mit Medikamenten und auf die Gespräche an.

2.1 Definitionen und Betrachtungsweisen von Alter

Nach der WHO gilt bei uns in Europa als älter, wer über 65, als alt, wer über 75, als sehr alt, wer über 85 Jahre ist. In Afrika gilt bereits derjenige als älter, der über 50 Jahre alt ist.

Im psychologischen Wörterbuch findet sich dazu folgende Definition: Alter ist die Lebensdauer eines Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt. Neben dem sogenannten chronologischen Alter wird ein funktionelles oder biologisches unterschieden.

Ein zentrales Ergebnis der Altersforschung besteht darin, dass das *chronologische Alter* eine höchst komplexe Variable darstellt. Sie ist zwar meistens einfach zu erfassen, unter konzeptuellen Gesichtspunkten aber alles andere als eindeutig. Sie widerspiegelt verschiedene wichtige Aspekte, so zum Beispiel die Zugehörigkeit zu einem Geburtsjahrgang. Das heißt, dass Unterschiede bei Querschnittsvergleichen nicht primär altersbedingt sind, sondern Folge von Generationenwandel oder zeitgeschichtlichen Entwicklungen sein können. Das Alter unserer Eltern ist anders als unseres sein wird. Unseres wird anders sein als das unserer Kinder etc. So ist die heute alte Generation weniger geübt, über sich zu sprechen, und ihre Einstellung zur Depression ist eine andere als die der jüngeren. Das könnte auch ein Erklärung dafür sein, dass bei alten Patienten mit Depressionen körperliche Klagen häufiger sind als solche über depressive Kernsymptome.

Alter widerspiegelt auch den Aspekt der Lebensdauer und Alter ist verbunden mit lebenszyklischen Situationen. So hat die Zunahme depressiver Stimmung bei älteren Menschen weniger mit dem

Altwerden als mit der Tatsache zu tun, dass im Alter lebenskritische Ereignisse häufiger werden. Zudem ist Alter auch immer ein Indikator für Überleben. Armut bei Betagten wird zum Beispiel dadurch reduziert, dass Arme oft gar nicht so alt werden.

Zu dieser Komplexität gesellt sich das differentielle oder funktionelle Alter. Damit sind die deutlichen sozialen, psychischen und körperlichen Unterschiede gleichaltriger Menschen gemeint sowie die Tatsache, dass innerhalb einer Person die Prozesse des Alterns je nach Funktionsbereich verschieden verlaufen.

Die *individuellen Unterschiede* in den Prozessen des Alterns deuten auf eine hohe Gestaltbarkeit von Altersprozessen hin. Altern ist weder biologisch, psychologisch noch sozial gesehen ein Prozess, der sich gleichförmig und ohne individuelle Einflussmöglichkeiten abspielt. Zwar geht das menschliche Altern mit dem Erreichen von Grenzen und Einschränkungen körperlicher und geistiger Fähigkeiten einher, aber die gerontologische Forschung der letzten Jahrzehnte hat eindeutige Nachweise einer hohen „Plastizität“ des Alterns erbracht und damit auf beträchtliche unausgeschöpfte Reserven und Potentiale alter Menschen hingewiesen.

Unter dem „Paradox des Alters“ versteht man, dass in einem gewissen kulturhistorischen Sinn das hohe Alter „jung“ ist, weil seine Kulturgeschichte die jüngste aller Altersphasen des Lebens ist. Daher gibt es noch keine hochentwickelte positive Kultur für alte Menschen.

Eine weitere wichtige Erkenntnis ist meines Erachtens, dass zu einem erfolgreichen Altern nicht nur objektive (wirtschaftliche, soziale, gesundheitliche) Indikatoren, sondern auch die subjektive Einschätzung der objektiven Situation beitragen. Wie wir wissen, ist jene bei der Erkrankung Depression per se stark beeinträchtigt.

Das Alter war und ist in Europa immer durch eine existentielle Zweideutigkeit geprägt: einerseits assoziiert mit körperlichem und geistigem Zerfall, Gebrechlichkeit, Nähe zum Tod, andererseits mit Erfahrung und geistiger, spi-

ritueller Entwicklung, Weisheit.

Das Bild des Alters erfuhr ab den 70er Jahren zwar eine gewisse Neudefinition, indem Defizittheorien des Alters in Frage gestellt wurden. Aber bis heute gilt grundsätzlich, dass wir nicht so sehr das Alter akzeptieren als gelernt haben, bis möglichst weit ins hohe Alter jugendlich zu bleiben.

2.2 Untersuchungen zu Alter und Depression

Depressionen sind die zweithäufigste psychische Erkrankung im Alter. Sie äußern sich nicht grundlegend anders als bei jüngeren Erwachsenen. Statistisch sind aber öfters Klagen über körperliche Symptome als über Kernsymptome (Bedrückung, Hoffnungs-, Interesse-, Freudlosigkeit). Jene bestehen aber immer auch.

Es gibt drei Ursachenbündel von Depressionen, biologische (so ist die Komorbidität mit Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und M. Parkinson 40 bis 50%), soziale (Verluste, Vereinsamung) und psychologische Faktoren (Selbstunsicherheit, Verletzbarkeit, Hang zu Perfektionismus).

Heute wird Depression im Alter noch oft mit einem therapeutischen *Nihilismus* begegnet. Weil ein großes Stück Leben bereits gelebt ist, kritische Lebensereignisse sie verständlich machen oder wir uns von der pessimistischen Sichtweise anstecken lassen. Aber es lassen sich keine Daten finden, die für einen therapeutischen Nihilismus Gründe liefern würden. Bei Depressionen wirken die gleichen Behandlungsmethoden wie bei jüngeren Erwachsenen, nämlich Psychopharmaka und Psychotherapie. Das Ausmaß der Behandlungserfolge ist vergleichbar: 75% remittieren, 20% persistieren. Die Rezidivrate beträgt 20 bis 40%.

Auch Gesundheitskosten betreffende Daten rechtfertigen therapeutischen Nihilismus nicht. Ein internationaler Längsschnittvergleich in 20 OECD-Ländern zeigte, dass zwischen 1960 und 1988 die demografische Alterung nicht der zentrale Erklärungsfaktor steigender Gesundheitsausgaben war. Es ist primär die Nähe zum Todeszeitpunkt und nicht das Kalenderjahr, welches die Gesund-

heitskosten in die Höhe treibt. Das Sterben ist teuer geworden, nicht so sehr das Alter. Die Sterbekosten korrelieren kaum mit dem Alter.

Eine in der Schweiz 1995 und 1996 in den urbanen Kantonen Genf und Zürich durchgeführte Studie mit 921 65jährigen und älteren Menschen ergab eine Häufigkeit von Depressionen gemäß der ICD-10 Kriterien von nur 2% (im Vergleich zu andern Studien mit 4%). Häufiger waren depressive Symptome, nämlich 4% bei Männern und 10% bei Frauen.

Auch gemäß anderer Erhebungen haben ältere Frauen ein doppelt so hohes Depressionsrisiko. Darin sollen sich Unterschiede in Stress und Belastung widerspiegeln sowie im Umgang mit Problemen und Stress. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Sprachregionen und den Altersgruppen. Die These, dass depressive Symptome altersbedingt ansteigen, wurde nicht unterstützt. Die erhöhte Häufigkeit von depressiven Symptomen steht weniger mit dem chronologischen Alter als mit lebenskritischen Ereignissen in Zusammenhang.

Geäußert wird auch oft die These, dass depressive Symptome bei der älteren Bevölkerung gegenüber früher zugenommen habe. Als Folge unter anderem von Zerfall der familiären Solidarität, steigender Vereinsamung, verstärktem Individualismus und Egoismus. Ein Zeitvergleich 1979 und 1994 bei Genfer- und Walliser AHV-RentnerInnen stellt dies grundlegend in Frage.

Frauen sind auch in dieser Studie häufiger depressiv als Männer. Keines der erfragten Symptome trat aber häufiger auf, im Gegenteil. Diese Studie widerlegt den Mythos, dass Depressionen bei älteren Menschen heute häufiger sind als früher und damit auch den Mythos der heilen Schweizer Bergwelt vergangener Zeiten.

Forschungsstudien haben gezeigt, dass psychotherapeutische Interventionen auch bei älteren Menschen erfolgversprechend sind, sofern sie ihren Lebenserfahrungen, Bedürfnissen, kognitiven und sensorischen Kapazitäten angepasst wurden.

3. Depressionsprävention im Alter

In einem abschließenden Referat dieses Symposiums ging es um die Frage der „Depressionsprävention im Alter“. Die beiden Referentinnen, **lic. phil. Therese Jones-Schläfli** (Psychologin und Psychotherapeutin in eigener Praxis) und **Dr. med. et lic. phil. Erika Luginbühl** (Ärztin und Psychotherapeutin in eigener Praxis), haben eine Interviewbefragung von 20 Personen, die im Ruhestand leben, gemacht. Die Interviewantworten werden zur Illustration von Depressionsentstehung und Depressionsprävention herangezogen. Hier nun einige Auszüge aus diesem Referat:

Nach existenzanalytischer Sichtweise kann es im Alter zu depressiven Erkrankungen kommen, weil die Grundwertbeziehung zum Leben erschwert ist. Durch Einschränkungen, Belastungen und Verluste kommt es zu einem mangelnden oder negativen Werterleben. Das eigene Leben und das Leben als Ganzes wird dadurch als wertlos erfahren. Aufgrund des mangelnden Werterlebens kann die Einstellung zum Leben negativ geprägt sein. Die Frage - Mag ich so leben? - wird nicht mehr mit „ja“, sondern mit „nein“ beantwortet.

3.1 Vitalkraft

Voraussetzung für das Erleben von Werten ist die Vitalkraft. Bei physischer oder psychischer Erkrankung mangelt es an Kraft, um auf die Welt zuzugehen und Werte zu erleben oder zu verwirklichen. Obwohl überwiegend gesund, setzen sich viele Befragte intensiv mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander („Ich bin nicht besorgt weil ich alt werde, es ist mehr das Schwachwerden, die Schmerzen.“). Sie unternehmen aktiv etwas zur Förderung oder Erhaltung ihrer Gesundheit und körperlichen Leistungsfähigkeit. Dabei wird das Rentenalter als Chance gesehen, mehr Zeit für Bewegung und sportliche Aktivitäten zu haben („Ich habe mich schon lange auf die Pensionierung gefreut, ich wusste, dass ich dann wandern werde mit meinem Hund.“). Wichtig ist vielen auch die Erhaltung der geis-

tigen Regsamkeit. („Ich gehe seit Jahren an die Seniorenuniversität, auch damit ich im Kopf rege bleibe. Da kann man ja selber auch ein bisschen nachhelfen.“)

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Leiblichkeit sowie Emotionalität und Werterleben. Die Befragten drücken dies so aus, dass es ihnen bei der körperlichen Betätigung um mehr geht, als nur um die Erhaltung der Gesundheit. Sie entspricht vielmehr einem inneren Bedürfnis und ist mit Freude verbunden („Ich leiste mir ab und zu eine Massage, das genieße ich sehr“). Körperliche Bewegung, physisches Training und vitale Kraft sind für das Erleben von Werten und für das Spüren von Emotionen Voraussetzung. Ein schlechtes körperliches Befinden kann zu mangelndem Werterleben und somit zu einer Depression führen. Die Befragten unternehmen viel zur Erhaltung der Gesundheit, wobei es ihnen nebst der Prävention von körperlichem Abbau auch um das psychische Wohlbefinden geht, um die Erlebnisfähigkeit.

3.2 Grundwert

Um etwas als Wert erleben zu können, braucht es einen positiven *Grundwert*. Dieser bezeichnet das subjektive Gefühl für die Qualität des Lebens und die darauf beruhende Zustimmung zum Leben. Ein negativer Grundwert kann im Alter beispielsweise dadurch entstehen, dass sich ältere Menschen als nutz- und wertlos erleben. Unsere Leistungsgesellschaft hat für sie keine Aufgaben mehr bereit. Oft vereinsamen sie, es fehlt an psychosozialer Unterstützung und an Erfahrungen, die das Gefühl vermitteln: „Es ist gut, dass es mich gibt“.

Positiver Grundwert wird erlebt in den Beziehungen zu Menschen, zur Kunst und Natur, zu Tieren, zu sich selbst und zu Gott. Damit der Grundwert erhalten bleibt, braucht es immer von neuem Zuwendung und positive Näheerfahrungen, wie beispielsweise in der Beziehung zu den Großkindern (Enkeln). Weitere positive Grundwernerlebnisse haben die Befragten durch Haustiere, Musik, Literatur, Hobbies, und einen großen Stellenwert hat das Reisen. („Ich mache jedes Jahr eine große Reise. Meine Tochter sagt immer, Mami,

wenn du zurückkommst von einer Reise, bist du neun Monate so richtig happy.“). Sich selber etwas Gutes tun ist für den Grundwert ebenfalls von Bedeutung („Wenn ich in einem Loch bin, koche ich mir ein irrsinniges Essen mit Kerzen und schönem Gedeck, und bis ich dann gegessen habe, ist die Welt wieder in Ordnung“). Auch der Glaube kann zu einem positiven Grundwert beitragen.

3.3 Verluste

Mit zunehmendem Alter erleben die Menschen außerdem viele *Verluste*, beispielsweise Verluste von nahestehenden Menschen, von Aufgaben und Rollen. Da sich meistens auch keine neuen Zukunftsperspektiven auftun, können die erlittenen Verluste nicht ausgeglichen werden. Die Befragten äußern sich auch sehr ausführlich über ihren Umgang mit Verlusten. Sie machen Aussagen zu Einstellungen und Haltungen, die ihnen bei der Verarbeitung von Verlusten hilfreich sind.

Bei Verlusten ist es wichtig zu trauern, damit die Beziehung zum Leben wieder aufgenommen werden kann und es nicht zu einer Depression kommt. Trauern ist ein personaler Umgang mit Verlusten, es ist ein intimer Prozess, bei dem der Trauernde Beziehung zu seinem Schmerz und dem verlorenen Wert aufnimmt. Durch diese Zuwendung wird er wieder vom Leben berührt. Nach einem Verlust wird die Beziehung zum verlorenen Wert aufrechterhalten („Den Tod meiner Frau musste ich selber verkraften. Es hat mich nicht gestört, alle Hausarbeiten selber zu machen. Ich bin dadurch auch ein bisschen mit dem Haushalt verbunden gewesen, mit allem, was meine Frau auch angerührt hat.“).

Selbst-Distanzierung ist eine weitere personale Umgangsform mit Verlusten. Darunter versteht man die Fähigkeit der Person, von sich Abstand zu nehmen und sich so einen inneren Freiraum zu schaffen. Selbst-Distanzierung macht den Menschen frei für eine authentische Stellungnahme und offen für die Welt. Diese Offenheit ist die Grundlage der Selbst-Transzendenz, das heißt der Fähigkeit, aus sich herauszutreten und sich einer Sache oder einem Menschen hinzugeben.

Durch die personale Auseinandersetzung mit leidvollen und schmerzlichen Lebenserfahrungen kann der ältere Mensch zu Einstellungen und Haltungen kommen, in welchen sich menschliche Größe, Reife und Weisheit zeigen. In den Aussagen der Befragten lassen sich Haltungen wie Dankbarkeit für das Gute und Schöne im Leben, Geduld, Akzeptanz und Demut dem Schicksal gegenüber finden („Jeder Tag ist ein Geschenk, und ich nehme es auch so entgegen, und wenn man einmal gehen muss, ist das der Lauf der Welt.“; „Man muss warten können, es gab Zeiten in meinem Leben, wo es mich dünkte, ich müsse nichts als warten. Es gibt Sachen, die brauchen Zeit um zu reifen, die man nicht erzwingen kann.“).

Die Haltung - es muss mir nicht immer gut gehen im Leben - ermöglicht es, das Gute, das man im Leben erfahren hat, zu bewahren und das Schwierige, das mit dem Älterwerden verbunden ist, anzunehmen („Man muss das Leben als ein Ganzes betrachten, man darf nicht einen Teil extrahieren, weder das Gute noch das Böse. Es gibt eine ausgleichende Gerechtigkeit. Man muss

das Leben bis zum Sterben als Totalität auffassen, das erleichtert einem selbst den Abgang. Wenn man sich als Extrawurst betrachtet, ist das Leben und das Sterben schwer.“).

Literatur

Hegerl U, Hoff P (2003) Depressionsbehandlung unter komplizierenden Bedingungen. Komorbidität - Multimedikation - geriatrische Patienten. Bremen: UNI-MED

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Christian Streit
Merkurstraße 4
CH-3613 Steffisburg

Dr. med. Regula Angeli
Frutigenstraße 11
CH-3600 Thun

Lic.phil. Theres Jones-Schlöffli
Dr. med. Erika Luginbühl
Kappelenring 54d
CH-3032 Hinterkappelen

zusammengefasst von:
Mag. Karin Steinert
Eduard Sueß-Gasse 10/22
1150 Wien
karin.steinert@existenzanalyse.org

Existenzanalyse im Facultas Verlag, Wien

- Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Hrsg. von A. Längle, Ch. Probst. 1997
- Praxis der Personalen Existenzanalyse. Hrsg. von A. Längle. 2000
- Ich kann nicht ... Behinderung als menschliches Problem. Hrsg. von K. Rühl, A. Längle. 2001
- Hysterie. Hrsg. von A. Längle. 2002
- Emotion und Existenz. Hrsg. von A. Längle. 2003

Diese über den Buchhandel zu beziehenden
Bücher entsprechen inhaltlich den
Tagungsberichten der GLE.

Depression als psychobiologisches Phänomen

René Hefti, Dorothea Hefti, Regula Angeli

In diesem Bericht werden die vier Kurzvorträge, des Symposiums „Depression als psychobiologisches Phänomen“ unter der Leitung von Dr. med. René Hefti (Leitender Arzt, Klinik SGM für Psychosomatik) zusammengefasst dargestellt. Die Intention dieses Symposiums beschreibt R. Hefti folgendermaßen:

Das Ziel dieses Symposiums ist es, deutlich zu machen, dass die Depression nicht nur ein psychisches Geschehen ist, sondern in vielfältiger Wechselwirkung mit körperlich-biologischen Prozessen steht. Dies entspricht auch der existenzanalytischen Dimensionalontologie, die besagt, dass körperliche, psychische und geistige Prozesse letztlich ineinander greifen. Auch der phänomenologische Zugang öffnet den Blick für das „Gesamtphänomen Depression“, das über den psychischen Bereich hinausgreift.

Depressionen verursachen charakteristische Schlafstörungen und verändern die Schlafarchitektur. Sie führen im Sinne eines psychophysiologischen Stresszustandes zu einer Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN) mit Ausschüttung von Stresshormonen (Cortisol, Noradrenalin). Im kardiovaskulären System bewirkt dies eine Herzfrequenz- und Blutdrucksteigerung sowie eine Aktivierung des Gerinnungssystems mit erhöhter Thromboseneigung. Dies führt schließlich zu einer Zunahme der kardiovaskulären Erkrankungen (z.B. des Herzinfarktes). Biochemisch lässt sich die Depression als Noradrenalin- und Serotonin-Mangel-Syndrom (ZNS) verstehen. Auf dieser Tatsache beruhen auch die antidepressiven Medikamente.

Umgekehrt können biologische Krankheits- oder Veränderungsprozesse depressive Zustände auslösen oder fördern. Hormonelle Umstellungsphasen bei der Frau ebenso wie Schilddrüsenfunktionsstörungen können zu depressiven Symptombildern führen. Auch neurologische Erkrankungen wie Hirntumore, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose und Schlaganfälle können mit Depressionen einhergehen. Ganz allgemein fördern chronische Krankheitszustände depressive Entwicklungen, und zwar nicht nur im Sinne einer gescheiterten Krankheitsbewältigung, sondern als Ausdruck des biologischen Krankheitsprozesses. Auch Medikamente können depressive Zustände auslösen. Hierzu zählen Betablocker, gewisse Blutdruck-Mittel, Cortison, die Pille, Chemotherapeutika, Interferon, Antibiotika und Benzodiazepine.

1. Der Einfluss der weiblichen Hormone auf das psychische Befinden der Frau

Das erste Referat trug den Titel „Im Wechselbad der Gefühle - der Einfluss der weiblichen Hormone auf das psychische Befinden der Frau“ und wurde von Dr. med. Dorothea Hefti (Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Zusatzausbildung in Psychosomatik und existenzanalytischer Psychotherapie, Oberärztin auf der Frauenklinik im

Spital Langenthal) gehalten. Hier sind nun Auszüge aus diesem Vortrag:

Die weiblichen Sexualhormone bewirken im Leben einer Frau sehr große Veränderungen. Sie sind für die *Wendepunkte im Leben der Frau* mitverantwortlich, nämlich für Pubertät und Menarche, Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft, sowie für Klimakterium und Menopause. An diesen Lebensübergängen bedarf es immer wieder einer großen Leistung an Einstellungsarbeit und Anpassungsfähigkeit, wobei diese Anpassung auch misslingen kann. Nicht

selten äußern sich dann Anpassungsstörungen in Form von Depression.

Dies ist etwas ganz spezifisch Weibliches. Die normalen physiologischen Abläufe fragen die Frau in ihrer ganzen Identität und Integrität an. Vielleicht ist ja auch das ein Grund, warum es mehr depressive Frauen gibt als Männer.

Max Scheler hat diese Abgrenzung zum Mann sehr treffend formuliert, indem er sagte: „Die Frau lebt *in* ihrem Körper, der Mann lebt *mit* seinem Körper.“

1.1 Prämenstruelles Syndrom und Prämenstruelles dysphorisches Syndrom

Nicht nur an den großen Lebensübergängen, sondern auch im monatlichen Menstruationszyklus bewirkt das Auf und Ab der Hormone eine Veränderung am Körper und oft auch an der Befindlichkeit. Es kann zu vermehrter Gereiztheit, Feindseligkeit, Weinerlichkeit gepaart mit Müdigkeit, Heißhungerattacken, Verstopfung und Wassereinsparung kommen. Diese Symptome dauern meist ein bis drei Tage, und mit dem Einsetzen der Menstruation sind sie schnell wieder vorbei. Statistisch gesehen betrifft dieses Erscheinungsbild 80% aller Frauen (mit mehr oder weniger starker Ausprägung).

Prämenstruelles Syndrom (PMS) nennt man dieses Symptombild mit somatischen und affektiven Kriterien. Die meisten der betroffenen Frauen können mit diesen Veränderungen gut umgehen. 3-8% der Frauen sind jedoch in ihren beruflichen und sozialen Belangen wesentlich beeinträchtigt. Dann spricht man vom **Prämenstruellem dysphorischem Syndrom (PMDS)**.

Für die **Diagnose** des PMDS nach *DSM IV* müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

A: Die Symptome müssen in der Woche vor der Monatsblutung auftreten und wenige Tage nach Beginn der Blutung abklingen. Fünf der folgenden Symptome müssen vorhanden sein; darunter eines der Symptome 1,2,3 oder 4.

1. Depressive Verstimmung, niedriges Selbstwertgefühl
2. Angst oder Spannung
3. Affektive Labilität
4. Reizbarkeit
5. Vermindertes Interesse an den gewohnten Aktivitäten
6. Konzentrationsprobleme
7. Deutlicher Energiemangel
8. Deutliche Veränderung des Appetits, Heißhunger
9. Übermäßiges Schlafbedürfnis od. Schlaflosigkeit
10. Gefühl des Überwältigtseins
11. Empfindlichkeit der Brüste, Blähungen, Gewichtszunahme, Verstopfung

B: Die Symptome sind so stark, dass sie sich negativ auf Beruf, schulische Leistungen und persönliche Beziehungen auswirken.

C: Es darf sich nicht lediglich um die Verstärkung der Symptome einer anderen Krankheit handeln.

D: Durch die prospektiven täglichen Aufzeichnungen über zwei Menstruationszyklen muss sichergestellt werden, dass die Kriterien A, B und C erfüllt sind.

Über die **Ätiologie** gibt es verschiedene Theorien. Man findet sowohl beim PMS als auch PMDS eine normale ovarielle Funktion. Nachgewiesen wurde, dass in der prämenstruellen Lutealphase, in der das Östrogen tief ist, biochemische Prozesse im Gehirn ausgelöst werden. Dabei spielt das Serotonin eine wesentliche Rolle. Beim PMDS geht man von einer *neuroendokrinen Regulationsstörung* - im Sinne einer serotonergen Dysfunktion - aus. Neben den biologischen Ursachen gibt es jedoch auch *psychosoziale Theorien*. In Persönlichkeitstests konnte eine negative Einstellung gegenüber verschiedenen Aspekten der Femininität, Sexualität und Menstruation gefunden werden. In Studien wurden folgende Faktoren nachgewiesen:

- *Selbstwert-Mangel*: Frauen, die unter

PMS leiden, sind scheu, selbstzweifelnd und hilflos und glauben, wenig Einfluss nehmen zu können auf die wichtigen Ereignisse ihres Lebens. Kränkungen dieser selbstwertgeschwächten Person werden körperlich (u.a. im Genitalbereich) erlebt.

- *Weibliche Geschlechts-Identifikation*: Der große Wandel der Frauenrolle im letzten Jahrhundert hat es schwieriger gemacht, sich als Frau selbst zu definieren. Das erklärt möglicherweise auch die Zunahme und die Medienpräsenz des PMS. Es wird unterschieden zwischen einer „maskulinen“ Frau, die jede Art von Weiblichkeit ablehnt und somit auch die Menstruation als Einschränkung erlebt, und einer „femininen“ Frau, die sich den Anforderungen der Frau von heute nicht gewachsen fühlt, wodurch es zu innerpsychischen Konflikten und zu körperlichen Symptomen kommen kann

- *Einstellung zum Menstruationszyklus*: Wie generell zur Körperlichkeit ist bei Frauen mit PMS die Einstellung zum Menstruationszyklus signifikant negativer.

Es findet sich also eine große Heterogenität der ätiologischen Faktoren - ein Zusammenwirken von biologischen, neuroendokrinen und psychosozialen, sowie persönlichkeitsassoziierten Faktoren.

Bei den **Therapieoptionen** lassen sich je nach Schwere der PMDS-Störung verschiedene Behandlungsstufen unterscheiden.

Stufe 1:

- Beratung, Zyklustagebuch;
- auf die Ernährung achten (Salz, Schokolade, Koffein, Alkohol reduzieren);
- körperliche Betätigung;
- Stressverminderung, Entspannung;
- ein tragendes Beziehungsumfeld. (Es wurde beobachtet, dass die PMS-Symptomatik in einer harmonischen Beziehung verschwindet und unter Stress-Situationen wieder aufscheint.)

Stufe 2:

- supportive Psychotherapie, mit dem Ziel, die Körperwahrnehmungen weniger negativ zu interpretieren und Arbeit an der Selbstwertinduktion und Identitätsfindung;
- medikamentöse Therapie (Vitamin B6, Ca, Mg, Phytotherapeutika (Agnus castus); hormonell - Progesteron zyklisch oder kontinuierlich, wenn körperliche Symptome vorhanden sind).

Stufe 3:

- Antidepressiva SSRI (Fluoxetin Fluaxol®)

In der Prämenstruellen Phase kann es auch zu einer *Exazerbation von somatischen und psychischen Erkrankungen* kommen. Diese müssen vom PMS und PMDS abgegrenzt werden. Dazu gehören Migräne, Allergien, Asthma, Herpes, Inkontinenzformen, Depressionen, Angstzustände, Panikanfälle, Bulimie, Manien.

1.2 Baby Blues und postpartale Depression

Condrau zählt die Geburt zu den wesentlichen Wendepunkten in der Existenz einer Frau. Geburt und Wochenbett bewirken eine gewaltige Veränderung der Körperlichkeit, der hormonellen Situation, des Affekt- und Beziehungserlebens.

Die *hormonelle Situation* wird innerhalb von wenigen Tagen völlig verändert. Es kommt zu einem schnellen Abfall des Beta-Endorphin-Spiegels („Glückshormon“), welcher unter der Geburt hoch ist. Außerdem fällt das Östrogen, welches während der Schwangerschaft hundertmal erhöht war, auf Normalwerte ab. Prolactin steigt an. *Der Körper der Frau erlebt irreversible Veränderungen*. Der Bauch ist leer und immer noch rund. Die Brust spannt und ist empfindlich. Die Scheide ist empfindlich. Wasserlassen brennt. Sitzen ist ein Problem Und es besteht eine völlig neue Beziehungskonstellation. Das erwartete, erhoffte Kind ist nun in realita da mit all seinen Bedürfnissen, und es fordert viel Aufmerksamkeit und Hingabefähigkeit.

In dieser großen Umbruchsphase kommt es häufig zu einer depressiven

Verstimmung, welche als Anpassungsstörung verstanden werden kann.

Den „**Baby Blues**“ oder Postpartum-Blues erleben 70% aller Frauen. Etwa am fünften postpartalen Tag kommt es zu einer traurigen, wehmütigen, ängstlichen Verstimmtheit mit Konzentrationsmangel und Weinerlichkeit, manchmal auch mit Verwirrheitszuständen. Dieser Zustand dauert wenige Stunden bis einige Tage an. Der Zeitpunkt trifft mit den großen hormonellen Veränderungen zusammen. Deshalb wird ein Kausalzusammenhang angenommen, bewiesen wurde er bisher aber nicht.

Die **postpartale Depression** beginnt hingegen ca. 30 Tage postpartum und klingt meist nach drei bis sechs Monaten wieder ab, in schwereren Fällen dauert sie bis zu zwei Jahren. Diese typischen depressiven Episoden werden von 10-20% aller Frauen erlebt. Die Symptomatik gleicht einer Major Depression. Besonders ist der Zeitpunkt des Auftretens und das Betroffensein der Mutter-Kind-Beziehung. Risikofaktoren für eine postpartale Depression sind frühere psychische Erkrankungen, ein zwanghaftes oder ängstliches Persönlichkeitsprofil sowie sozioökonomische Belastungen (z.B. gestörte Beziehungen und berufliche Instabilität). Als **Therapieoptionen** gelten Östrogen-Substitution, Psychopharmaka, Psychotherapie, in schweren Fällen Hospitalisation.

1.3 Klimakterisches Syndrom

Das *Klimakterium* ist das Erlöschen der Menstruationsblutung nach dem Sistieren der zyklischen Aktivität der weiblichen Sexualhormone. Bei einem Östradiol-Wert unter 30 pg/ml, FSH > 40mcU/ml ist auch der laborchemische Beweis erbracht. Es tritt zwischen dem 45. und dem 55. Lebensjahr auf. Dabei kann es zum Auftreten des **klimakterischen Syndroms** kommen, das gekennzeichnet ist durch:

- vasomotorische Symptome (Hitzevallungen, Nachtschweiß);
- Veränderungen am Stütz- und Bewegungsapparat (Arthrosen, Osteoporose, Degeneration von Haut

und Brüsten);

- emotionale Symptome (Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Spannung, verminderte Energie, Libidoverlust, Kopfschmerzen, niedergedrückte Stimmung).

In einer Studie mit 6000 Frauen, gaben 84% mindestens ein Symptom an, aber nur die Hälfte empfand dies als problematisch. 20-30% gaben problematische psychische Probleme an (Gedächtnisprobleme, Coping-Probleme, Angst, Depression). Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Sistieren der Hormone und den körperlichen und affektiven Symptomen ist nahe liegend. Es konnte studententechnisch jedoch noch nicht nachgewiesen werden.

Auch in dieser Umbruchsphase treten erhebliche körperliche, aber auch seelische Veränderungen auf, und es besteht eine große Herausforderung an die Integrationsfähigkeit der Frau. Es geht in dieser Phase um *Abschied*. Es geht um die Akzeptanz des Verlustes der Fruchtbarkeit und um die Akzeptanz der Alterung. Dazu kommt oft auch der Abschied von den Kindern und evtl. von beruflicher Weiterentwicklung. Die angemessene Reaktion darauf ist Trauer über das, was verloren geht und zudem eine schrittweise Anpassung an das sich verändernde Körperbild. Misslungene Trauerreaktionen zeigen sich oft im Versuch eines „Ungeschehenmachens“ durch übertriebene Fitness und Schönheitschirurgie. Oder aber es kommt zu einer depressiven Reaktion.

Als **Therapieoptionen** kann eine hormonelle Substitution empfohlen werden. In Bezug auf die vasomotorischen Symptome tritt eine sofortige Wirkung ein. Bei leichten Depressionen bewirkt die Östrogen-Substitution eine Stimmungsaufhellung. Bei schweren Depressionen sind Antidepressiva indiziert.

2. Depression und Schilddrüsenhormone

In einem weiteren Referat berichtete **Dr. med. Regula Angeli** (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ausbildung in Existenzanalyse und Logotherapie, in eigener Praxis in Thun in der Schweiz tätig) unter dem Titel „Wenn

die Schilddrüse aussteigt - eine psychoneuroendokrinologische Erfahrung“ sehr persönlich über ihre eigenen Erfahrungen mit einer Schilddrüsenoperation und einer sich daran anschließenden Depression. Die daraus resultierenden Schlussfolgerungen formuliert sie folgendermaßen:

„Depressive Symptome können unter Umständen Zeichen einer Schilddrüsenunterfunktion, einer **Hypothyreose** sein. Die klinischen Zeichen einer Hypothyreose sind den Symptomen einer Depression sehr ähnlich. Durch die Schilddrüsenunterfunktion kann es zu allgemeiner Müdigkeit, Leistungs- und Konzentrationsschwäche, zu Vergesslichkeit, Desinteresse, Apathie und depressiver Stimmung, zu Kälteempfindlichkeit, trockener kühler Haut, brüchigen Haaren, Schwerhörigkeit, einer rauher Stimme, zu Verlangsamung des Grundumsatzes mit Gewichtszunahme trotz vermindertem Appetit, zu verlangsamtem Herzschlag, Verstopfung und Menstruationsverstärkung kommen. Eine Schilddrüsendysfunktion lässt sich leicht ausschließen, eine Bestimmung des TSH reicht dazu aus.“

3. Depression und Schlaf – wer stört wen?

Das nächste Referat trug den Titel „Depression und Schlaf – wer stört wen?“ und wurde von **Prof. Dr. med. Christian Simhandl** vorbereitet, schließlich aber von **Dr. med. René Hefti** überarbeitet und vorgetragen und beleuchtet den Zusammenhang von Depression und Schlaf folgendermaßen:

60-80% aller depressiven Patienten leiden an Schlafstörungen. Oft handelt es sich um *kombinierte Schlafstörungen* im Sinne von Ein- und Durchschlafstörungen sowie frühmorgendlichem Erwachen. In der Depressionsdiagnostik nach ICD-10 werden diese Schlafstörungen unter den Zusatzsymptomen („Schlafstörungen jeder Art“) und im Rahmen des somatischen Syndroms („Früherwachen“) erfasst. In der Hamilton-Depressionsskala machen die Schlafstörungen 3 von 21 Items aus.

Der **normale Schlaf** besteht aus

sogenannten Schlafzyklen von ca. 90 Minuten Dauer. Während eines Schlafzyklus werden vier Schlafstadien durchlaufen, wobei der Tiefschlaf (Stadium 4) normalerweise nur während den ersten beiden Schlafzyklen erreicht wird. Zwischen den Schlafzyklen finden sich die REM-Phasen (Rapid Eye Movement), die im Laufe der Nacht an Dauer zunehmen. Ebenfalls finden sich kurze Aufwachphasen, an die wir uns aber normalerweise nicht erinnern.

Beim **depressiven Patienten** findet sich ein *charakteristisch gestörtes Schlafmuster*. Die Tiefschlaf-Phasen sind verkürzt, die REM-Phasen bereits in der ersten Nachthälfte deutlich verlängert. Auch die Einschlafzeit ist verlängert (Einschlafstörungen), und es findet sich eine Zunahme der Wachphasen (Durchschlafstörungen). Beim depressiven Patienten geht auch die „restaurierende“ Wirkung der Träume (REM-Phasen) verloren. Mit jeder REM-Phase nehmen die ängstlich-depressiven Inhalte der Träume zu, weshalb auch die zweite Nachthälfte als besonders unangenehm erlebt wird. Dieser Tatsache wird beim Schlafentzug Rechnung getragen.

Untersuchungen hinsichtlich der Schlafregulation haben gezeigt, dass die im erste Nachthälfte unter dem Einfluss des Wachstumshormon (GHRH) und die zweite Nachthälfte unter dem Einfluss des Cortisols (CRH) steht. Bei depressiven Patienten findet sich als Ausdruck der stimulierten Stressachse ein frühzeitiger und verstärkter Cortisol-Anstieg, der zu vermindertem Tiefschlaf und frühzeitigem Erwachen führt.

Für die **Behandlung depressionsassoziierter Schlafstörungen** gelten grundsätzlich die gleichen *schlafhygienischen Maßnahmen* wie für Schlafstörungen allgemein, nämlich ein regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, tagsüber nicht schlafen, keine schweren Mahlzeiten abends, kein Kaffee, Nikotin oder Alkohol etc.

Im Sinne der *medikamentösen Behandlung* können zusätzlich zu den Antidepressiva zeitlich limitiert Hypnotika gegeben werden. Besser jedoch ist der Einsatz schlafanstoßender Antidepressiva.

Eine weitere Möglichkeit ist die *Schlafentzugsbehandlung*, wobei die Patienten ab Mitternacht nicht mehr schlafen dürfen und mit zielgerichteten Aktivitäten wachgehalten werden. Der Schlafentzug eignet sich insbesondere für die stationäre Behandlung, kann aber auch ambulant durchgeführt werden.

Mittelfristig beeinflusst auch die *psychotherapeutische Behandlung* depressionsassoziierte Schlafstörungen. Schlafbezogenen Ängste und Traum-inhalte können aktiv bearbeitet werden.

4. Die kardiovaskulären Auswirkungen der Depression

Im nächsten Referat, das wieder von **Dr. med. René Hefti** gehalten wurde und den Titel trägt „Wenn das Herz unter Druck kommt - die kardiovaskulären Auswirkungen der Depression“, geht es um das Verhältnis von Depression und Herz. Hier einige Auszüge aus diesem Vortrag:

Die Auswirkung der Depression auf Herz-Kreislauf-erkrankungen hat in den letzten Jahren bei Kardiologen und Psychiatern zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. Auch für Psychotherapeuten ist diese Thematik relevant. In der Existenzanalyse wird ein möglicher Zusammenhang zwischen der zweiten Grundmotivation (der Ebene des Wertelerbens, welches bei der Depression ganz massiv beeinträchtigt ist) und dem Herz postuliert.

Patienten mit Zeichen einer koronaren Herzkrankheit (z.B. Angina pectoris) weisen eine deutlich erhöhte Depressionsrate auf. Dies konnte in mehreren Untersuchungen gezeigt werden. In einer Arbeit von Hance et al. (1996) wurde bei 200 Patienten, die für eine Angiographie (Herzkatheteruntersuchung) ins Krankenhaus kamen, ein psychiatrisch-diagnostisches Interview durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass 17% an einer Major Depression (Vollbild der Depression) und weitere 17% an einer Minor Depression (Symptome einer Depression) litten. Der Durchschnitt für die Major Depression in der Normalbevölkerung liegt bei 5%. Damit bestand bei dieser Patientengruppe eine

dreifach höhere Prävalenz an klinisch manifesten Depressionen.

Eine 2003 publizierte Übersichtsarbeit von Wulsin et al. (2003) hat zehn prospektive Bevölkerungsstudien (Herzgesunde, mindestens vierjährige Laufzeit) zusammengefasst und ausgewertet. Dabei zeigte sich für Personen mit depressiven Symptomen ein *1,6-fach erhöhtes Risiko* eine koronare Herzkrankheit (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herztod) zu entwickeln. Dieser Wert liegt in der Größenordnung zwischen Passiv- und Aktivrauchen. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hier mehrheitlich um nicht klinische Depressionen handelte. Die Depression stellt also einen unabhängigen und bedeutenden Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit dar. Zudem besteht eine Dosis-Wirkungs-Kurve, d.h. je stärker und anhaltender (oder rezidivierender) die depressiven Symptome sind, desto größer ist das kardiovaskuläre Risiko. Noch deutlicher ist der Zusammenhang bei bereits herzkranken Patienten. Bei einer Major Depression nach einem Herzinfarkt ist das Sterberisiko vierfach erhöht.

Hinsichtlich der **pathophysiologischen „Mechanismen“** gilt es zwei Gruppen zu unterscheiden, nämlich die *Verhaltensfaktoren* und die *direkten pathophysiologischen Effekte*.

A. Verhaltensfaktoren

Depressionen gehen oft mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wie Rauchen, Bewegungsmangel, einseitiger Ernährung und generell schlechter Compliance hinsichtlich medizinischer Maßnahmen einher. Diese Verhaltensaspekte bedingen einen Teil des kardiovaskulären Risikos.

B. Direkte pathophysiologische Effekte

Diese sind ein Zusammenspiel neuroendokriner, autonomer und gerinnungsassoziierter Mechanismen. Über die Stimulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (HHN) kommt es zu einer vermehrten Cortisolausschüttung, welches die Gluconeogenese fördert (diabetogene Stoffwechsellage), den Blutdruck steigert und die Immun-

abwehr schwächt. Die gesteigerte Aktivität des autonomen Nervensystems, v.a. des Sympathikus, führt zu einem Herzfrequenz- und Blutdruck-Anstieg und zu einem erhöhten Risiko für Herzrhythmusstörungen. Zudem wird über die Nebennierenrinde das Stresshormon Noradrenalin ausgeschüttet. Schließlich kommt es zu einer Beeinflussung des Gerinnungssystems im Sinne einer erhöhten Gerinnungsneigung und Blutplättchenaktivität, was sehr direkt den thrombotischen Verschluss der Herzkranzgefäße und damit den Herzinfarkt fördert.

Diese pathophysiologischen Veränderungen lassen sich bei depressiven Patienten auch im klinischen Alltag zeigen. Es finden sich regelmäßig erhöhte Puls- und/oder Blutdruckwerte. Werden die Cortisolwerte im Blut gemessen, so sind diese bei schwereren und rezidivierenden Depressionen oft erhöht. Die Auslenkung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (Stressachse) ist ein Maß für den Schweregrad und die Chronizität einer Depression und gibt Hinweise auf den zu erwartenden Erfolg von Psychotherapie und Medikamenten. Über mehrere Wochen bis Monate anhaltende Puls- und Blutdruck-erhöhungen als Ausdruck einer sympathischen Überstimulation sollten medikamentös (Beta-Blocker, Antihypertensiva) oder mittels Entspannungsverfahren behandelt werden.

4.1 Konsequenzen für den klinischen und psychotherapeutischen Alltag

Auf Grund der bisher dargelegten Fakten lässt sich folgern, dass depressive Zustände für Herz und Kreislauf ein nicht zu unterschätzendes Risiko darstellen, insbesondere, wenn sie länger andauern oder rezidivierend auftreten. Es gibt also gewissermaßen eine Dosis-Wirkungskurve zwischen Schweregrad/Dauer und den kardiovaskulären Auswirkungen. Das Risiko erhöht sich zusätzlich beim Vorliegen weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren. Zu den *klassischen Risikofaktoren* gehören Herzinfarkte in der Familie, vorbestehender Bluthochdruck, Rauchen, erhöhte Blutfette (v.a. Cholesterin) und

Übergewicht, Zuckerkrankheit und Alter. Heute spricht man zudem von *psychosozialen Risikofaktoren*, wozu auch die Depression gehört. Weitere psychosoziale Risikofaktoren sind chronischer Ärger und Sorge, Persönlichkeitsaspekte wie das Typ-A-Verhalten (hoher Leistungsanspruch und Feindseligkeit), soziale Isolation oder fehlende soziale Unterstützung, niedriger sozioökonomischer Status, ungünstiger beruflicher Stress (hoher Leistungsanspruch, niedrige Entscheidungsfreiheit oder fehlende Wertschätzung) und belastende Lebensereignisse. Bei der Frau spielen zudem Östrogenmangelzustände (unregelmäßige Monatsblutungen, Postmenopause) eine Rolle. Einige der genannten Risikofaktoren sind mit der Depression gehäuft vergesellschaftet.

Schwere, länger anhaltende und rezidivierende Depressionen bedürfen immer auch einer **medikamentösen Behandlung**. Es konnte gezeigt werden, dass neuere *Antidepressiva* (v.a. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) einen *schützenden Effekt auf Herz und Kreislauf* haben. Dies gilt insbesondere für KlientInnen, die bereits an einer koronaren Herzkrankheit leiden oder schon einen Herzinfarkt durchgemacht haben. Bei Risikopatienten sind trizyklische Antidepressiva unbedingt zu vermeiden.

Wichtig ist auch die **Risikoeinschätzung** im Sinne der oben beschrie-

benen klassischen und psychosozialen Risikofaktoren sowie die ärztliche Kontrolle von Herzkreislauf-Parameter wie Puls und Blutdruck.

Die **psychotherapeutische Arbeit** bei RisikopatientInnen (-klientInnen) soll auch die Modifikation psychosozialer Risikofaktoren mit einschließen, und kann so den ungünstigen Effekt auf das Herz-Kreislaufsystem abschwächen.

Literatur

- Hance M, Carney RM, Freedland KE (1996) Depression in Patients with Coronary Heart Disease. A 12-Month Follow-up. *General Hospital Psychiatry* 18, 61-65
- Wulsin LR, Singal B (2003) Do Depressive Symptoms Increase the Risk for the Onset of Coronary Disease? A Systematic Quantitative Review. *Psychosomatic Medicine* 67, 201-210, 2003

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. René Hefti
CH-4900 Langenthal
rene.hefti@klinik-sgm.ch

Dr. med. Dorothea Hefti
CH-4900 Langenthal

Dr. med. Regula Angeli
Frutigenstraße 11
CH-3600 Thun

zusammengefasst von:
Mag. Karin Steinert
Eduard Sueß-Gasse 10/22
1150 Wien

karin.steinert@existenzanalyse.org

AUDIOKASSETTEN

Vorträge der Tagung der GLE-International in Bern

Im Schatten des Lebens - Existenzanalyse der Depression

- Von Schwarzgalligkeit, sündigem Überdruß und Depression (Brigitte Heitger)
- Wert-los: Selbst- und Weiterleben in der Depression (Lilo Tutsch)
- Beschämte Scham bei depressiven und suizidalen Menschen (Daniel Hell)
- Die Macht der Nacht? (Elke Dominik)
- Körper - Seele, was wir über biologische Zusammenhänge wissen (Markus Kosel)
- Existenzanalyse der Depression: Verständnis und Therapie (Alfried Längle)
- Suizid: Krankheit oder zielorientierte Handlung? (Konrad Michel)
- Eine literarische Falldarstellung aus dem Emmental (Rodolphe Leuenberger)

Kosten: alle 6 Kassetten um Euro 40,-

Einzelvortrag Euro 10,-

zu bestellen bei der GLE-Intern.:

Tel.: 01/985 95 66 gle@existenzanalyse.org

Kurze Erwiderung auf Espinosas Kritik* zum Artikel „Die verletzte Würde”**

Fernando Lleras

Im Begleitbrief zu seiner Kritik schreibt Espinosa an die Redaktion dieser Zeitschrift: „Durch meine Kritik wollte ich nicht *eine andere Meinung* vertreten, die *neben* der Meinung des Verfassers *bestehen* könnte. Das von mir Gesagte erhebt Anspruch auf *Wahrheit*.” Nun, aus diesem imperialen Gestus, der keine andere Position neben sich duldet, ist kein Dialog zu erwarten. Und es ist tatsächlich so, dass sich Espinosas Kritik ziemlich dogmatisch und belehrend entfaltet. Zuweilen scheut er nicht, die Position des Anderen so mickrig darzustellen, dass die eigene Position als strahlend wahrhaftig erscheinen muss. Espinosa sagt beispielsweise: „In einer Zeit, wo *Frei-Sein* nicht mehr der Hauptwert ist und nicht mehr als vorrangiges Ziel des menschlichen Lebens gilt, steht an vorderster Stelle das Bestreben, anders sein zu wollen. Jeder möchte von sich sagen können: *‘Ich bin anders, ich bin nicht wie die anderen, ich unterscheide mich von diesem und jenem ...* und weil es so ist, will ich, dass die anderen mich anerkennen (...)’” (Espinosa 2004, 51). Der Rahmen und Kontext dieser Äußerung ist aber das Denken des Anderen, das im übrigen aus der – von Espinosa völlig übersehenen – Kritik des neuzeitlichen Subjektbegriffs entstanden ist. Dieses Denken des Anderen erscheint nach den Worten Espinosas als etwas Harmloses und Läppisches, als der narzisstische Wunsch, sich durch Andersartigkeit auszeichnen zu wollen. Weil ich anders bin, „will ich, dass die anderen mich anerkennen” (lo.cit.). Wäre dieses in Frage stehende Denken wirklich so, dann müsste man sagen: Es ist ein dämliches Denken. Zu diesem Denken des Anderen, das Espinosa so entschieden entwertet, gehören immerhin Sartre (Der Blick des Anderen), Heidegger (das „Mitdasein”), Levinas (Das Antlitz des Anderen),

Lacan, Derrida und viele andere. Wenn Espinosa sagte, er könne mit diesem Denken des Anderen nichts anfangen (was offenbar der Fall ist), dann hätte ich vollen Respekt davor; wenn er aber dieses Denken desavouiert, indem er es als läppisch darstellt, dann fehlt mir das Verständnis.

Fast die Hälfte von Espinosas Kritik bezieht sich auf Kants Begriff der Würde. Nun, das ist aber nicht das eigentliche Thema meiner Arbeit. Auf eine Charakterisierung des Würdebegriffs durch Kant wird Bezug genommen, im Sinne einer Hinführung zu dem eigentlichen Thema der Arbeit. Die gemeinte Charakterisierung ist den Worten entnommen: „(...) was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin keine Äquivalent gestattet, das hat eine Würde” (Kant 1785, 68). Dementsprechend erscheint als Hauptthema meiner Arbeit die Kategorie des „Unvergleichbaren” als Bestimmung des jeweiligen Menschen, kurzum, das „Anderssein”. Dieses Leitmotiv wird in Espinosas Kritik durchaus gesehen. Um so erstaunlicher nimmt sich die Länge seiner belehrenden Ausführungen über Kants Begriff der Würde aus, auf die ich also nicht näher eingehe, weil das nicht das eigentliche Thema meiner Arbeit ist. Dagegen möchte ich mich kurz auf den Subjektbegriff beziehen.

Espinosas Exposition des Subjektbegriffs übersieht vollends die postidealistische Kritik des neuzeitlichen Subjekts, etwa Kierkegaard, Stirner, Nietzsche, um nicht zu sprechen von der radikalen Kritik der Subjektivität von Heidegger, Sartre, Horkheimer, Adorno, Lacan, Foucault, Derrida und anderen. Mir scheint es leichtfertig zu sein, diese Positionen als die „populäre Version” der Philosophie oder als „Unverständnis bzw. Missverständnis des neuzeitlichen Denkens” brandzumarken. In der Folge der Neuzeit geht Espinosa davon aus,

dass das Subjekt sich selbst durchsichtig ist. Daraus entsteht die Vorstellung, dass das Subjekt sich selbst voll und ganz besitzen kann, was zu einer völligen Überschätzung der Autonomie und Freiheit des Subjekts und zu einer allzu vereinfachten Vorstellung von Selbstbestimmung und Selbstbezug führt. Doch bereits im Subjekt selbst lauert die von Espinosa so befürchtete Alterität. Ich beziehe mich hier nur kurz auf das von Heidegger herausgearbeitete Phänomen der Befindlichkeit als Konstitutivum des „Daseins” (des Subjekts, der Person) (vgl. Heidegger, SuZ § 29, 30, 40). Die Stimmungen werden vom Subjekt *passiv* erlitten, sie versetzen es in eine *Hilflosigkeit*, sie treten *plötzlich* ein, sie bringen einen verfremdenden Bezug in die Existenz ein. Das Subjekt ist nicht „Herr” über seine Befindlichkeit, die so apostrophierte Autonomie und Freiheit des Subjekts werden erheblich problematisch. Dazu sagt Ebelin (1991): „Das Besondere der Heideggerschen Deutung solcher äußersten Fremdbestimmung ist eine Reflexion (Zurückbiegung) in ein Selbstverhältnis, das nun nicht mehr wie die Tradition bloß loszukommen sucht vom Fremden, sondern das ‚das Befremdliche im Dasein und als Dasein hausen lässt’, die Eingemeindung des Daseins ins Unzuhaus, wodurch die Vernunft der Tradition nun nicht mehr ‚Herr im eigenen Hause ist’” (zit. nach Verweyst 2000, 86). Es gibt ferner andere Manifestationen von Alterität im eigenen Subjekt, etwa der Traum, das Unbewusste, das Andersgeschlechtliche, auf die ich mich hier nicht beziehen möchte. Im Zusammenhang mit meinem Artikel würde ich nun die These in dem Sinne erweitern, dass dem Anderen bereits im eigenen Subjekt zu begegnen ist und dementsprechend, dass die Anerkennung des Anderen bei der Anerkennung des Anderen im eigenen

* Nolberto Espinosa, Die Würde der Person und die Anerkennung des Anderen. In: Existenzanalyse 2004, 1, 51-55

** Fernando Lleras, Die verletzte Würde. In: Existenzanalyse 2004, 1, 17-22

Subjekt (Person) ansetzt (im übrigen ist dies eine der elementaren Tätigkeiten im therapeutischen Prozess). Also, wenn Espinosa kritisch sagt „Man könnte demzufolge meinen, dass das *Ich nicht ohne den Anderen* ‚zu sich kommen kann‘“ (Espinosa 2004, 53), wäre dazu meine Antwort: Ja, genau, dem ist beizupflichten!

Die vermeintliche Selbstdurchsichtigkeit des Subjektes, auf die der Begriff der Freiheit und der Selbstbestimmung des Subjekts zurückgeht, anders ausgedrückt, auf die die Selbstermächtigung des Subjekts zurückgeht, ist eine „Fiktion“ (Nietzsche 1973, Bd.III, 540), die nur aus gewaltsamen Reduktionen entstehen kann. Diese Reduktionen lassen sich unter der Rubrik „Eliminierung des Anderen“ zusammenfassen (des Leibes, des Körpers, der Befindlichkeit, des Traumes, des Unbewussten usw.). Daraus ist nicht zu folgern, wie Espinosa des öfteren andeutet, dass das Subjekt entfremdet bleibt, dass eine Selbstbestimmung des Subjekts unmöglich ist. Nur, der Weg des Subjekts zu sich und das heißt zu seiner Selbstbestimmung und seiner Freiheit ist ein anderer. Dieser Weg geht durch die Anerkennung des Anderen im Subjekt selbst und des Andersseins bei den anderen Subjekten. Diesen Weg der Anerkennung verstehe ich als dialogischen Weg. Wie diese Anerkennung des Anderen und das Dialogische näher zu bestimmen sind, steht noch offen und bleibt als Aufgabe, die jetzt hier nicht zu leisten ist.

Was Descartes und seine *geistesgeschichtliche* Wirkung betrifft, habe ich gesagt, dass bei ihm und in seiner Folge das Andere tendenziell verschwindet. In den „Meditationes de prima philosophia“ sagt er: „In der zweiten Meditation setzt der Geist, der von seiner eigentümlichen Freiheit Gebrauch macht, voraus, dass all das nicht existiere, an dessen Dasein er auch nur im geringsten zweifeln kann, und bemerkt dabei, wie es ganz unmöglich ist, dass er selbst indessen nicht existiert.“ (Descartes 1959, 23). Nun, Resultat dieses Zweifels ist bekanntlich das *ego cogito*, welches als unerschütterlicher Grund (*fundamentum inconcussum*) fungiert. Dieses *ego cogito*

taucht in seiner Geltung auf durch Ausschließung alles anderen, was es nicht selbst ist, und bleibt tendenziell einsam. Es ist bekannt und klar, dass Descartes nicht dabei blieb, dass er sich durch die *idea entis summe perfecti*, d.h. durch die Idee Gottes, aus der Klemme der Isolierung und Einsamkeit rettete (Münchhausen-Effekt). Doch auch dann wird aus dem Geltungsbereich des *cogito* das Andere des Geistes systematisch ausgeschlossen. Nach den „Meditationes“ sind die Körper nicht mit Hilfe der Sinne, sondern nur gedanklich zu erfassen, „dass ja selbst die Körper nicht eigentlich durch die Sinne oder durch die Einbildungskraft, sondern einzig und allein durch den Verstand erkannt werden“ (zit. nach Zima 2000, 97). Und jetzt kommen wir zu einem wichtigen Grundzug des neuzeitlichen Subjektbegriffs, den Espinosa voll zur Geltung bringt. Er sagt: „Der Philosoph setzt das Andere voraus, er rechnet mit ihm. Was er versucht, ist die Eliminierung des *Fremdheits*-Charakters des Fremden. Dies wird erreicht, indem die denkende Vernunft das *Andere ihr gleich macht*“ (Espinosa 2004, 53). Zunächst eine kleine Anmerkung: Mir scheint es sinnvoll zu unterscheiden zwischen dem Fremdsein und dem Anderssein, was Espinosa gleichsetzt. Das Fremdsein ist das unanerkannte Andere; das anerkannte Andere bleibt in seinem Anderssein, aber es ist mir nicht fremd. Der Grundzug des neuzeitlichen Subjekts, das Espinosa hier in voller Affirmation zur Geltung bringt, ist die Herrschaft: Dieses Subjekt lässt nur gelten, was ihm gleich ist, d.h. es duldet keinen Anderen neben sich selbst. Das ist der Anfang von Totalität und Totalitarismus, das Ende jeglichen Gesprächs. Dies ist ein Grundzug des neuzeitlichen Subjektbegriffs, den gerade Horkheimer und Adorno in der berühmten „Dialektik der Aufklärung“ zutage gebracht haben.

Mit meinen Artikeln versuche ich bestimmte Ideen, die mich bewegen, für die Existenzanalyse fruchtbar zu machen oder zumindest zur Diskussion zu stellen.

Die Diskussion aber setzt die Anerkennung des Anderen voraus, damit sich ein Gespräch entfalten kann und wir „hören können voneinander“ (Hölderlin, 1969, 163).

Literatur

- Descartes R ([1641] 1959) *Meditationes de prima philosophia*. Hamburg: Felix Meiner
- Ebelin H (1991) Martin Heidegger. Philosophie und Ideologie. Reinbeck: Rowohlt
- Espinosa N (2004) Die Würde der Person und die Anerkennung des Anderen. Eine ergänzende und kritische Sicht zum Konzept der Interpersonalität. Wien: Existenzanalyse 21, 1, 51-55
- Kant I ([1785]1975) *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. In: Weischedel W (Hg) Kant - Werke Band 6. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Heidegger M ([1927]1967) *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag
- Hölderlin F (1969) Hölderlin. Werke und Briefe. Beißner F, Schmidt J (Hg) Band 1. Frankfurt/Main: Insel
- Nietzsche F ([aus dem Nachlass der 1880er Jahre] 1973) Nietzsche Werke. Band 3, Schlechta K (Hg) München: Carl Hanser
- Verweyst M (2000) Das Begehren der Anerkennung. Subjekttheoretische Positionen bei Heidegger, Sartre, Freud und Lacan. Frankfurt/M: Campus
- Zima PV (2000) *Theorie des Subjekts*. Tübingen und Basel: A. Franke

Anschrift des Verfassers:

Dr. Fernando Lleras

Blindengasse 39/11

A-1080 Wien

fernando.lleras@existenzanalyse.org

MARTIN DUDA

Lesen hilft leben. Ansätze bibliotherapeutischer Arbeit in der Existenzanalyse und Logotherapie

Münster: LIT-Verlag 2004. ISBN: 3-8258-7870-8, 100
Seiten, 17,90 Euro

Martin Duda ist von Kind an ein begeisterter Leser. In seinem Buch schildert er, wie er damals während einer Grippe im „Dschungelbuch“ versank und sich plötzlich nicht mehr im Bett, sondern in Indien wiederfand. So ist ihm der Wert des Buches seit langem in verschiedenen Lebenslagen gut vertraut. In der Universität in Dortmund traf er dann auf die Professoren Friedhelm Munzel und Udo Kittler, durch die er mit der Bibliotherapie im Rahmen seines Theologiestudium vertraut wurde. – Während seiner Ausbildung in Logotherapie und existenzanalytischer Begleitung kam er auf die Idee, diese Erfahrung, diese Vorliebe, diesen Wert für die Existenzanalyse und Logotherapie aufzubereiten – und er schrieb eine Abschlußarbeit. Diese liegt nun als Buch vor und ist in dieser Form natürlich gut und breit zugänglich.

Duda gibt zuerst eine allgemeine Einführung in die Bibliotherapie, durch die dem Leser dieses Medium als im Grunde etwas Vertrautes und gut Zugängliches nahe gebracht wird. Dann beschreibt er die bibliotherapeutische Arbeit in der EA und LT und einige Voraussetzungen für den geeigneten Einsatz der Bibliotherapie. Neben eigenen Erfahrungen zitiert er auch die von E. Lukas, die im Rahmen der LT am meisten bibliotherapeutisch gearbeitet hat.

Eine – vielleicht zu knappe – Schilderung der Schritte eines bibliotherapeutischen Prozesses weist eine Nähe zur Personalen Existenzanalyse (PEA) auf, die Duda schematisch aufzeigt. Auch eine klare Indikationsstellung wird gegeben. Besonders anregend ist die Reflexion der Wirkung der Bibliotherapie. Duda beschreibt sie systematisch als „Vermittler“, als „von Vorbildern lernen“, als „die Seele atmen lassen“, als Selbsterkenntnishilfe usw. Zu ergänzen wäre, daß auch der Wert der „Erkenntnis“ durch Lesen nicht zu vernachlässigen ist.

Zum Schluß wird die Bedeutung der Bibliotherapie mit den Wirkzielen der Existenzanalyse in Verbindung gebracht. Demnach kann sie helfen, Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz aufzubauen, kann zur Selbstfindung, zum Selbstwert und zur Grundwertfindung beitragen sowie die Emotionalität und Sinnfindung fördern.

Dieser letzte Abschnitt mag noch etwas unsystematisch und cursorisch sein, dennoch stellt er eine erste Anregung zu einer existenzanalytischen Aufbereitung der Thematik dar. Interessant wären in der Zukunft empirische Studien zur Thematik, angefangen von der Indikation über die Kriterien relevanter Literatur bis zu den Ergebnissen. Vielleicht kann dieses Buch dazu animieren?

Ein Wunsch des Rezensenten wäre auch eine kleine Literaturliste zu einigen Themen als Anregung für die Praxis.

Insgesamt ist dieses Buch eine gut gelungene Arbeit, umfangreich an Inhalt und mit Quellenangaben – ein längst notwen-

diges Grundlagenwerk für alle, die praktisch arbeiten und neben Malen, Gestalten, Musik mit einem weiteren kreativen Medium ihr Repertoire erweitern möchten.

Alfried Längle

KASPER SIEGFRIED, MÖLLER HANS-JÜRGEN
(HRSG.)

Herbst-/Winterdepression und Licht- therapie

Wien: Springer Verlag, 2004, 355 Seiten

Licht wurde schon seit der Antike als Therapeutikum (vor allem für die Psyche) eingesetzt, aber die Beachtung der Saisonalität in der Psychopathologie ist noch kaum hundert Jahre alt. 1982 wurde in den USA erstmals ein Fallbeispiel publiziert, bei dem durch die Anwendung von künstlichem Licht bei einem Patient mit depressiven Episoden deutliche Verbesserungen beschrieben werden konnten. Von da an entstand weltweit eine große Anzahl von empirischen Studien zum Thema Saisonal Anhängige Depression (SAD) und der Wirksamkeit von Lichttherapie. Im vorliegenden Buch versuchen die Herausgeber Siegfried Kasper und Hans-Jürgen Möller diese Ergebnisse zusammenzuführen und eine umfangreiche Einführung in das Thema zu geben.

Der erste Teil des Buches befasst sich in kurzen Kapiteln mit

verschiedenen Aspekten der Herbst- und Winterdepression. So wird zum Beispiel beschrieben, dass bei verschiedenen Untersuchungen eine Gruppe von Menschen gefunden wurde, die zwischen den „klassischen“ SAD Patienten und der gesunden Allgemeinbevölkerung anzusiedeln ist. Dieses Krankheitsbild bezeichnet Kasper als subsyndromale SAD (S-SAD). Solche Menschen bemerken jahreszeitliche Veränderungen der Stimmung und Befindlichkeit, die aber nicht so stark sind, dass sie einer Major Depression entsprechen. Lichttherapie zeigt hier sehr gute Effekte.

Um die unterschiedlichen Aspekte der Lichttherapie geht es im zweiten Teil des Buches. Für die Lichttherapie wird konventioneller Weise künstliches Licht mit einer Intensität von mindestens 2500 Lux verwendet, wobei als Lichtquelle helles, weißes (fluoreszierendes) Licht dient, das mit Ausnahme des netzhautschädigenden UV-Bereiches das gesamte Spektrum des Sonnenlichtes beinhaltet. Es werden eine Reihe von Studien vorgestellt, die den Effekt von Lichttherapie bei Patienten mit SAD, aber auch mit S-SAD, bestätigen. Weiters wird die Anwendung von Lichttherapie in Zusammenhang mit nicht Saisonal Abhängigen Depressionen, mit Jet-Lag, bei Schichtarbeit und bei Kindern und Jugendlichen besprochen und es werden praktische Hinweise zur Anwendung vermittelt. Im Anhang finden sich dazu noch weitere praktische Informationen über Hersteller und Vertrieb von Lichttherapiegeräten und über Behandlungszentren für Lichttherapie.

In einem dritten Teil des Buches werden andere Therapieverfahren bei SAD besprochen, die neben der Lichttherapie oder in Kombination damit möglich sind (z.B. Schlafentzug, Transkranielle Magnetstimulation etc.).

Der vierte und letzte Teil des Buches stellt verschiedene Studienergebnisse zur Psychobiologie der SAD vor (z.B. hormonelle Untersuchungen, Schlaflaboruntersuchungen, molekularbiologische Befunde etc.).

Allgemein lässt sich zu dem vorliegenden Buch sagen, dass viele Studien aufgezählt und deren quantitative Ergebnisse präsentiert werden, wodurch der Leser mit einer großen Menge an Zahlen konfrontiert und die Lektüre passagenweise recht mühsam wird. Dazu kommt noch, dass die einzelnen Kapitel in sich abgeschlossene Artikel sind und dadurch immer wieder auf die Grundlagen von SAD und Lichttherapie Bezug nehmen, wodurch sich Vieles häufig wiederholt. Die Stärke des Buches liegt also in erster Linie darin, dass es den aktuellen Stand der Forschung zum Thema Saisonal Abhängige Depression und Lichttherapie zusammenfasst und somit ein umfangreiches Nachlese- und Nachschlagewerk für diesen Themenkreis ist.

Karin Steinert

MICK COOPER

Existential Therapies

Sage, London, 2003 (169 Seiten; paperback: 29,90 Dollar)

Für jemanden wie mich, der an dieser Thematik seit Jahren sehr interessiert ist, erweist sich das Buch als wahre Fundgrube: „Was Sie schon immer über existenzielle Psychothe-

rapie wissen wollten, aber nirgendwo so umfassend, klar und bündig dargestellt gefunden haben“. In diesem Sinne schließt diese Publikation ein „missing link“.

Für den/die deutschsprachigen Leser/in, der/die der englischen Sprache nur teilweise mächtig ist, sei gleich Entwarnung gegeben. Das Buch ist gut lesbar. Es ist trotz des Gegenstandes auf einem sprachlichen Niveau angesiedelt, das relativ leicht bewältigbar ist.

Mick Cooper macht eingangs deutlich, dass existenzielle Psychotherapie analog zur Existenzphilosophie „a rich tapestry of intersecting therapeutic practices“ (p. 1) ist. Insofern erscheint es ihm folgerichtig, den Titel seines Buches in den Plural gesetzt zu haben. Das cover, das ein farbenprächtiges „patchwork“ abbildet, ist übrigens ein gelungenes Beispiel, dem Titel ein entsprechendes und zudem überaus ansprechendes Bildmotiv zu bieten.

Der Autor legt in seiner Einleitung auch offen, dass er sich selbst sowohl dem existenziellen als auch dem personenzentrierten Lager zugehörig fühlt bzw. „somewhere between“ (p. 4), ergänzt um eine post-moderne, sozial-konstruktionistische Sicht. Für Mick Cooper ist der Personenzentrierte Ansatz „starting point“ (p. 4), wobei für ihn die existenzielle Perspektive eine vertiefende Qualität besitzt, da sie darauf abzielt, mit jenen Fragen in Berührung zu kommen, die mit der menschlichen Existenz verknüpft sind. Sein Credo kommt sehr schön im folgenden Satz zum Ausdruck: „I am particularly drawn to those existential practices that I feel respect and validate client's experiences, whilst hostile to those that I see as implicitly judgemental, patronising or disempowering.“ (p. 4)

Woraus besteht der Inhalt? Wie ist das Buch aufgebaut?

In seiner Einleitung begründet der Autor seine Kriterien für die Auswahl der dargestellten Ansätze, nämlich ihre praktische psychotherapeutische Relevanz.

Darauf folgt ein kurzer, naturgemäß theorielastiger Abriss der existenzphilosophischen Grundlagen und Wurzeln: In knapper, aber didaktisch gekonnter Weise bringt er den Lesern die Gründerfiguren (wie Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Sartre, Buber und andere) und vor allem die wesentlichen Konzepte nahe: die phänomenologische Methode, Existenz in ihrer Einzigartigkeit, in ihrem Prozesscharakter, als In-der-Welt-Sein, als Mit(Anderen)-Sein, als zukunftsbezogenes Sein, weiters Authentizität, Leiblichkeit, Freiheit, Wahl, Begrenzungen, existenzielle Angst und Schuld.

Das Kernstück des Werks bilden – geordnet in chronologischer Reihenfolge nach ihrer Entstehung – sechs existenzielle Ansätze, wie sie insbesondere in der Einzelpsychotherapie zur Anwendung gebracht werden:

- *Daseinsanalyse*“ (entwickelt von Binswanger, Boss und anderen): mit ihrem Schwerpunkt auf „Weltoffenheit“.
- *Logotherapie und Existenzanalyse* (nach Viktor Frankl): mit ihrem Brennpunkt auf dem „Sinnstreben“.
- Der in den USA verbreitete „*existenziell-humanistische*“ Ansatz: mit seiner Betonung der „subjektiven Erfahrung“, vertreten durch Rollo May, James Bugental, Irvin Yalom, Kirk Schneider und andere. Hier wird z.B. auch deutlich, dass Irvin Yalom paradoxerweise – obwohl er aufgrund

seiner existenziell inspirierten Bücher weltweit betrachtet wahrscheinlich der bekannteste existenzielle Autor ist, dessen „Existential Psychotherapy“ (1980) ja in der Tat höchst lesenswert ist, – im Vergleich zu anderen existenziell orientierten Repräsentanten am wenigsten existenziell ausgerichtet ist.

- Der *Ansatz von Ronald Laing*, eine sehr spezifische Konzeption (mit ihrem phänomenologischen und interpersonalen Profil) einer exzentrischen Persönlichkeit, für die Mick Cooper einige Sympathie zeigt.
- Die „*Britische Schule der Existenzanalyse*“, insbesondere geprägt von Emmy van Deurzen (mit ihrem Schwerpunkt auf Alltagsherausforderungen und einem philosophischen Dialog in der Psychotherapie selbst); sie weist eine gewisse Affinität mit dem Personenzentrierten Ansatz auf (z.B. in den Schriften von Ernesto Spinelli), die sich beispielsweise in einer entpathologisierenden Betrachtungsweise und der besonderen Wertschätzung für die subjektive Welt der Klienten zeigt.
- Schließlich stellt Cooper zwei kurzzeittherapeutische Ansätze vor, nämlich jene von Bugental und von Strasser und Strasser.

In einem vergleichenden Kapitel zieht Cooper ein Fazit hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten der einbezogenen Schulen einerseits und Unterscheidungen auf der anderen Seite. Folgende Gegensatzpaare dienen ihm hier u.a. als Maßstab: phänomenologisch vs. existenziell, direktiv vs. non-direktiv, deskriptiv vs. erklärend, philosophisch vs. psychologisch orientiert, individuell vs. global sowie subjektiv vs. interpersonal. Aber auch die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und von Techniken werden für den übergeordneten Vergleich herangezogen. Das Schlusskapitel ist dem Ausblick auf die Zukunft existenzieller Psychotherapie gewidmet.

Ein Vorzug des Buches ist sein systematischer Aufbau. So weitgefasst und zum Teil auch heterogen existenzielle Philosophie und Psychotherapie sein mögen, Cooper hat einerseits mit enormen Detailkenntnissen, andererseits mit Weitblick überzeugende „Cluster“ gebildet, die wie eine Landkarte eine Orientierung bezüglich der Vielfalt existenzieller Psychotherapie bieten. Wir erfahren viel über die verschiedenen „Stämme“ innerhalb der existenziellen „Nation“, um es mit Margaret Warner auszudrücken, die diese Terminologie für die Vielfalt innerhalb der personenzentrierten Therapiewelt eingebracht hat. Und wir erhalten ein Bild darüber, was die Hauptanliegen jedes einzelnen Ansatzes sind.

Die Darstellungen folgen jeweils demselben Schema: Die Beschreibung der wesentlichen charakteristischen Merkmale des jeweiligen Ansatzes nimmt vor allem auf dessen Eigenheiten und Stärken Bezug, soweit wie möglich mit Blick auf die aktuellen Weiterentwicklungen innerhalb der einzelnen Strömungen. Es sei hier aber festgehalten, dass z.B. die neuen Entwicklungen innerhalb der Existenzanalyse (nach Frankl) oder auch der Daseinsanalyse nur sehr ansatzweise angedeutet sind. So ist Alfred Längle zwar kurz und durchaus positiv erwähnt (S. 61), aber die „Personale Existenzanalyse“ ist – wohl auch wegen noch fehlender Publikationen im englischsprachigen

Raum – von Cooper noch nicht rezipiert. Kritische Perspektiven und Schlussfolgerungen zu jedem Kapitel nehmen auch die Schwächen und Einschränkungen des jeweiligen theoretischen Gebäudes und praktischen Vorgehens in den Blickpunkt. So merkt Cooper in diesem Zusammenhang kritisch dogmatische Tendenzen der Daseinsanalyse und ihre Geschlossenheit an, während er Frankls Logotherapie direktiv-autoritäre Züge zuerkennt. Auch stellt er die so zentrale Bedeutung des Sinntheorems bei Frankl in Frage.

Was ich besonders mochte, ist die Art und Weise, wie Mick Cooper versucht die existenziellen Fragestellungen zu veranschaulichen. Er macht dies einige Male, indem er konkrete Beispiele einbringt und den/die Leser/in direkt anspricht. Auch wird er seinem Anspruch gerecht, die praktische Ausformung der einzelnen Ansätze nachvollziehbar zu machen.

Sehr hilfreich empfunden habe ich die Kästchen und Tabellen. Sie liefern kondensierte Detailinformationen und ermöglichen jeweils einen guten Überblick.

Jedes Kapitel schließt mit kommentierten Hinweisen auf „weiterführende Literatur“, ein sehr brauchbarer Service für den interessierten Leser. So meint er kurz und prägnant zu Macquarrie's Buch „Existentialism“ (1972): „If you only ever read one book on existential philosophy, make it this one!“ (p. 33)

Zwei eher marginale Kritikpunkte sind aus meiner Sicht anzumerken:

- Meiner Meinung nach passt das Kapitel über Kurzzeittherapien nicht ganz in das Gesamtprojekt. Ich kann zwar die Relevanz verstehen, sie einzubeziehen, aber diese Thematik liegt letztlich doch auf einer anderen Ebene als die fünf verschiedenen Richtungen. Diese decken unterschiedliche theoretische Leitlinien ab, aber nicht Vielfalt im Sinne von pragmatischen Aspekten. Differenzierungen wie Setting (Gruppen-, Familien- und Paartherapie) und spezifische Anwendungen und Indikationen (wie Kurzzeittherapie oder die Arbeit mit verschiedenen Klientengruppen) könnten durchaus einen zusätzlichen Raum einnehmen. Aber das würde eine Ausweitung des Buches bedeuten, und diese sollte dann auch systematischer ausfallen. Der vorliegende Band hat aber ein anderes zentrales Anliegen, nämlich die grundlegende Darlegung der verschiedenen Strömungen existenzieller Psychotherapie.
- Die aufgelisteten Kontakte im Anhang sind, soweit ich das beurteilen kann, bei weitem nicht vollständig. Es gibt mehr Vereinigungen, Ausbildungseinrichtungen, Netzwerke etc., die eine existenzielle Perspektive in der Psychotherapie vertreten, als hier angeführt sind.

Alles in allem aber schätze ich dieses Buch sehr und kann es wärmstens empfehlen.

Literaturhinweise

- Macquarrie, J. (1972). *Existentialism*. Harmondsworth: Penguin.
Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books; dt. (1989): Existenzielle Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Gerhard Stumm

NEUE ARBEITEN AUS DER EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE

In dieser Rubrik wollen wir den großen Fundus an Bearbeitungen existenzanalytischer Themen bekanntmachen. Es sollen sowohl in anderen Medien veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten zur Existenzanalyse als auch die Abschlussarbeiten zur Beratungs- und Therapieausbildung vorgestellt werden.

ABSCHLUSSARBEITEN

(Selbst)Süchtig

Grundlagen und Falldarstellung der existenzanalytischen Psychotherapie von Süchtigen mit einer Persönlichkeitsstörung des Selbst
Michael Adametz

Nach einer kurzen Einführung in die anthropologischen Grundlagen der Existenzanalyse werden allgemeine Aspekte der Sucht erörtert und die Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben. Es geht um die Auseinandersetzung mit der Frage, auf welchen Grundmotivationen die Wurzeln zur Entstehung der Sucht anhand des Beispiels des Drogenmissbrauches zu finden sind.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit ist ein Fallbericht über einen Patienten, der an Drogenmissbrauch und an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leidet. In dieser existenzanalytisch geführten Psychotherapie konnte eine Veränderung und eine berufliche und soziale Integration erreicht werden.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Sucht, Borderline-Persönlichkeitsstörung, existenzielle Grundmotivationen, Falldarstellung

Ich bin Einmalig!

Stärkung von Selbstwert, Selbstsein (Persönlichkeitsförderung für Mädchen)
Margarethe Bach

Diese Arbeit behandelt ein Projekt zur Stärkung des Selbstwertes, welches ich mit Mädchen der Jahrgangsstufen 7-8 einer Realschule durchführte.

Als theoretische Grundlage diente die personale Existenzanalyse nach Längle unter besonderer Berücksichtigung der dritten Grundmotivation: Selbstwert, Selbstsein.

Schlüsselwörter: Selbstwert, Würde, Mutter-Tochter-Konflikt, Authentizität, Konflikt, Werte

Eine Spurensuche zum Phänomen des „Nichthandelns“ im aktuellen Lebensvollzug

Ines Ruth Gronwald

Diese Arbeit ist eine Spurensuche nach dem Phänomen des „Nichthandelns“ der Menschen. Welche Lebenseinstellungen liegen vor, die den existenziellen Lebensvollzug blockieren und welche Prozesse müssen eingeleitet werden, um frei und authentisch das eigene Leben führen zu können?

Nach mehreren Beratungsgesprächen wird anhand der Biografie von Frau K. aufgezeigt, wie schwer es ist, in den existenziellen Lebensvollzug zu gelangen.

Schlüsselwörter: Handeln, Reagieren, Nichthandeln; Selbst-

besinnung und Selbstbestimmung; Freiheit und Verantwortung, Grundmotivationen

Adipositas

Die Beschreibung des Krankheitsbildes anhand der Grundmotivationsebenen in der Existenzanalyse
Susanne Gyaki

In dieser Abschlussarbeit setze ich mich mit dem Erscheinungsbild der Adipositas von verschiedenen Seiten auseinander. Neben der klinisch medizinischen Diagnostik und Abgrenzung zu den anderen Essstörungen, versuche ich die Entstehung der Adipositas über die Beschreibung der Entwicklung eines gestörten Essverhaltens zu erklären. Ich beschreibe das Beschwerdebild anhand der drei Grundmotivationen in der Existenzanalyse und behaupte, dass es sich bei der Adipositas hauptsächlich um eine Selbstwertstörung handelt. Dies möchte ich mit Hilfe eines dafür entwickelten Fragekatalogs verifizieren. Anhand von vier Fallbeispielen beschreibe ich die Handhabung und die Ergebnisse der Befragung. In der abschließenden Reflexion diskutiere ich die gesammelten Daten und Ergebnisse in bezug auf die gestellte Hypothese.

Schlüsselwörter: Adipositas, Selbstwertstörung, Essverhalten, Heißhunger, Körpermaße, Fragenkatalog

Farben existenzanalytisch betrachtet

Claudia Linhard

Vorliegende Arbeit setzt sich auf kreative Art und Weise mit den Themen Existenzanalyse und Farbtherapie auseinander. Insbesondere wird der Versuch unternommen, den vier personalen Grundmotivationen bestimmte Farben zuzuordnen. Um Ähnlichkeiten und eventuelle Zusammenhänge nachvollziehbar darstellen zu können, werden grundsätzliche Betrachtungen zu den Themenbereichen „Existenzanalyse“, „Menschenbild“, „die vier Grundmotivationen“, „Phänomenologie“ und „Farben des Lebens“ abgehandelt. Neben dem Aufzeigen der Einsatzmöglichkeiten von Farben im täglichen Leben wird insbesondere versucht, die Bedeutung der einzelnen Farben mit existenzanalytischen Gedanken zu verbinden. Die abschließende Farbmeditation soll zeigen, wie die Kraft der Farben genützt werden kann, um unseren Körper im ganzheitlichen Sinne positiv zu beeinflussen.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Farben des Lebens, Menschenbild, personale Grundmotivationen, Phänomenologie

Existenzanalytische Begleitarbeit im Rahmen des Case Management

Ingeborg Luise Meister

Existenzanalyse ist an der Person in ihrem Menschsein orientiert.

tiert und zielt darauf ab, den Klienten zu einem sinnvollen, in Freiheit, Selbstreue und Verantwortung gestalteten Leben zu begleiten. Case Management soll für die Klienten die optimalen Rahmenbedingungen schaffen und Strukturen zur Verfügung stellen, um eine intensive und individuell orientierte Begleitung zu ermöglichen.

Die vorliegende Arbeit zeigt eingehend, wie mit existenzanalytischer Begleitung im Rahmen des Case Management gearbeitet werden kann. Sie soll ermöglichen, dass der Klient zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit dem je eigenen Leben kommen kann. Es werden ebenso die derzeitigen Formen von Case Management im psychiatrischen Feld aufgezeigt. Anhand der existenzanalytischen phänomenologischen Beschreibung eines Klienten mit multimorbiden Problematiken wird die beziehungsstiftende und gemeindenahere Arbeit näher erläutert.
Schlüsselwörter: Phänomenologische Klientenbeschreibung bei multimorbider Problematik, existenzanalytische Begleitarbeit, Case Management im psychiatrischen Feld

Über die Anwendung von Elementen der Poesie – und Bibliotherapie im Rahmen der Existenzanalyse

Karin Parschalk

In der dieser Arbeit soll die Möglichkeit ausgelotet werden, Elemente aus der Poesie- und Bibliotherapie - vornehmlich das Schreiben von eigenen Texten - in der Existenzanalyse als Instrument mit zu verwenden. Es soll gezeigt werden, wie Intentionen der Existenzanalyse auch mit Methoden der Poesie- und Bibliotherapie unterstützt werden können. Auf die Bedeutung der Grundmotivationen, speziell der dritten Grundmotivation, wird in diesem Zusammenhang eingegangen; auch wird aufgezeigt, welche Bedeutung das Schreiben von eigenen Texten im Rahmen der PEA einnehmen kann.
Schlüsselwörter: Poesie- und Bibliotherapie, EA, GM, PEA

Hier kann ich sein - ich mag ich sein - und wer bist du, lieber Gott

Sabine Perkmann

Nach einem geschichtlichen Rückblick in den Katechismus des frühen und mittleren zwanzigsten Jahrhunderts wird in dieser Abschlußarbeit der Versuch einer existentiellen Religionspädagogik, die sowohl von christlichen als auch von logotherapeutischen WERTEN beseelt ist, in Theorie und Praxis vorgestellt. Ausgehend von den vier Grundmotivationen der Existenzanalyse wird anhand eigener beruflicher Erfahrungen dargelegt, dass religiöse Sinnsuche sowie die Frage nach Gott nicht von der eigentlichen Aufgabe des Menschen – nämlich er selbst zu werden- abgekoppelt werden kann.

Kinder mit der Erfahrung eines persönlichen Lebensraumes für sich und ihre Gefühle und der Annahme und Wertschätzung ihrer Person können sich wirklich und tiefgehend für religiöse Themen öffnen.

Schlüsselwörter: Geistig-noetische Ebene, Beziehungsarbeit, phänomenologisches Schauen, religiöse Sinnsuche

Das Personverständnis in der Logotherapie und Existenzanalyse

Wurzeln – Grundlagen – Weiterentwicklung

Manfred Zmy

Existenzanalyse und Logotherapie vertreten das Anliegen, in Therapie und Beratung die personale Dimension des Menschen explizit zum Einsatz zu bringen. Dabei ist der Begriff Person ein Schlüsselbegriff in der existenzanalytischen Anthropologie.

Die vorliegende Arbeit möchte das Verständnis der Person in der Logotherapie und Existenzanalyse, wie es V. E. Frankl in seiner Anthropologie als Antwort auf ein reduktionistisches Menschenbild grundgelegt und A. Längle für die neuere Existenzanalyse weiterentwickelt hat, in seinen Grundzügen darstellen. Dabei werden sowohl die philosophischen und theologischen Wurzeln, die auf die Entwicklung des Personbegriffs innerhalb der abendländischen Geistesgeschichte eingewirkt haben, herausgearbeitet, das Spezifische des Verständnisses der Person in der Logotherapie und Existenzanalyse aufgedeckt und Möglichkeiten einer Weiterentwicklung existenzanalytischer Anthropologie diskutiert.

Diese Arbeit möchte einen Beitrag zum anthropologischen Diskurs innerhalb der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse leisten.

Schlüsselwörter: Anthropologie, Dimensionalontologie, Geist, Gewissen, Ich, Leib-Seele-Problem, Personverständnis, Selbst

DIPLOMARBEIT

Relationships among Life Meaning, Relationship Satisfaction, and Satisfaction with Life

Harris S K

(2004) Unveröff. Trinity Western Univ., Vancouver, Canada

PUBLIKATION - ZEITSCHRIFT

European Psychotherapy

Ed.: R. Krause, S.Sulz

Scientific Journal for Psychotherapeutic Research and Practice
siehe Seite 86

Dialogik und Dasein

Zur Initiierung des psychotherapeutischen Prozesses und der alltäglichen Kommunikation

Alfried Längle

In: Daseinsanalyse 2004/20, 211-226

PUBLIKATION - BUCHBEITRAG

Person, System und Sinn

Existenz zwischen Chaos und Ordnung

Alfried Längle

In: v. Schlippe A, Kriz W (Hrsg) (2004) Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

