

ULRICH J. NIEMANN SJ · FRANKFURT

Hoffnung bei Depressiven und Suizidalen?

*Psychopathologische Erfahrungen und
Pastoralmedizinische Überlegungen im Umgang mit Lebensmüden¹*

I. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNGEN

Als junger Priester und Medizinstudent in den klinischen Semestern nahm ich 1969 an einer Tagung der Studentengemeinde Münster teil. Das Thema lautete (dem Sinn nach): »Leben bei und mit Depressionen.« Einer der Referenten war der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie an der Universität Münster, Prof. Dr. F. Mauz. Nach einem (konzilserneuerten und -begeisterten) Gottesdienst mit Predigt sprach mich ein ca. 55jähriger kath. selbständiger Bauunternehmer an – Vater von vier Kindern. Er fragte, ob ich etwas Zeit für ihn habe, er sei Patient von Prof. Mauz. Er interessiere sich wohl noch für Religion, habe aber seinen Glauben praktisch verloren. In einem abendlichen, mehr als zweistündigen Gespräch lernte ich seine Glaubenschwierigkeiten – Einzelheiten sind mir entfallen – genauer kennen. Der Bauunternehmer litt – nach einer gut katholischen Sozialisation – z. Z. des Gespräches unter einer schweren endogenen Depression mit Ängsten, innerer Unruhe, Antriebsarmut und dem »Gefühl der Gefühllosigkeit«: Er konnte sich weder freuen noch richtig traurig sein: »Mit meinem Verstand sehe ich, daß es gut wäre, in dieser Phase auf Gott zu vertrauen, aber innerlich spüre ich nichts; ich fühle mich ganz leer. Ich kann mich nicht mit meinen eigentlich gut geratenen Kindern freuen. Zu täglichen Pflichten kann ich mich nicht aufraffen; mein Betrieb verkommt.« Er fühle sich schuldig und sei ein Versager, er wisse nicht, wie er seine große Familie in Zukunft durchbringen solle. In dem folgenden »Seelsorgsgespräch« (damals nannte man das noch geistliche »Führung«) habe ich den Bauunternehmer quer durch die paulinische Leidensmystik »gehetzt«: Ich sprach vom »Stachel

ULRICH J. NIEMANN SJ, *Nervenarzt und Psychoanalytiker, lehrt an der Philosophisch-Theologischen Hochschule St. Georgen Psychosomatische Anthropologie, Medizinische Ethik und Pastoralmedizin; seit 1985 frei arbeitender Psychotherapeut.*

im Fleisch«, der Paulus gequält habe; daß dennoch »die Gnade des Herrn« genüge, auch wenn man sie nicht spüre. Paulus habe sich sogar seiner Schwachheit gerühmt und habe »Wohlgefallen« an seiner Schwachheit gehabt (vgl. 2 Kor 12,7–10). – Wer den Herrn in der Eucharistischen Speise empfangt, der lebe nicht mehr allein für sich, sondern Christus lebe in ihm (vgl. Gal 2,20). – Schließlich ständen die »Leiden der gegenwärtigen Zeit in keinem Verhältnis zu der künftigen Herrlichkeit, die sich an uns offenbaren« werde (Röm 8,18). Der Mann schien beeindruckt, und ich bot ihm weitere seelsorgliche Gespräche an. Am nächsten Tag sprach mich Professor Mauz freundlich, aber bestimmt an: Ich hätte es sicher gut gemeint, aber sein Patient habe kaum geschlafen, sei innerlich aufgewühlt, und diese Art seelsorglicher Gespräche würde in einer solchen Phase endogener Depression eher schaden als nützen. Ich »konterte« in dem Sinn, daß man nicht wissen könne, wie die Gnade doch – trotz mangelnden menschlichen Gefühlslebens – auf eine »objektive Weise« noch wirken könne. Er hielt mir den bekannten Satz entgegen, daß die Gnade auf der (gesunden?) Natur aufbaue. Das Gespräch endete mit einem sehr ungunstigen Gefühl meinerseits: Ich war gekränkt, schämte mich ein wenig, obwohl ich theologisch doch nur das Gelernte und Meditierte ausgesprochen hatte. Immerhin hatten mich Kränkung und Scham so angestachelt, daß die ethischen und pastoraltheologischen Fragen über die Zusammenhänge von Freiheit und Verantwortung (Sind z. B. Depressive, Verzweifelte und Suizidale wirklich so »krank«, daß sie sich überhaupt keine »Mühe« mehr geben können?), von Hoffnung und Zuversicht bei Depressiven und Suizidalen seitdem mich nicht mehr losließen.

II. PSYCHOPATHOLOGISCHE UND SOZIALPSYCHOLOGISCHE KRITERIEN UND DEUTUNGSMUSTER FÜR »HOFFNUNGSLOSIGKEIT« BEI DEPRESSIVEN UND SUIZIDALEN

Keine menschliche »Depression« kann monokausal erklärt werden. Immer sind – freilich mit verschiedener Gewichtung – die Dimensionen des Somatischen, des Psychischen, des Sozialen und des Finalen (von lat. *finis* = Grenze, aber auch Sinn und Ziel) zu berücksichtigen.

1. Somatische Implikationen von Erschöpfung und Mutlosigkeit

Oft lassen sich einfache Erschöpfungsreaktionen mit innerer Spannung, Reizbarkeit, Schlafstörungen etc. auf körperliche Überanstrengung zurückführen: So fühlen sich ja auch körperlich und seelisch Gesunde nach

sehr belastenden und anstrengenden Arbeitstagen – ganz natürlich – müde und schlapp und fragen sich, wie sie den nächsten Tag schaffen sollen, ohne daß diese »Müdigkeit« am Morgen des nächsten Tages anhalten würde. Wer sich aber ständig überanstrengt fühlt, dem fehlen Mut und Kraft zum Weitergehen, er kann seine Zukunft nicht bejahen, er ist irgendwie auch ohne Hoffnung. An eine endogene Depression muß gedacht werden, wenn Phasen auftreten, in denen Tagesschwankungen, Vitalstörungen (Enggefühl in Brust und Hals, chronische Obstipation, Schweißausbrüche ohne Kreislaufstörungen etc.) und Selbstanklagen über Leistungsvermögen und Schuld zu finden sind. Hier können auch genetische Faktoren (»Melancholie« oder »Psychasthenie« in der Familie) eine Rolle spielen. Vorwiegend als Reaktion auf verwöhnende, zur Unselbständigkeit führende und gegen äußere Reize abschirmende Erziehung ist die neurotische Depression zu sehen. (Dabei ist das, was durch Erbanlagen mitgegeben ist, schwer zu trennen von dem, was von den Eltern und Erziehenden übernommen wurde.) »Der charakteristische Konflikt des (neurotisch) Depressiven liegt zwischen der großen inneren Erwartung von (oralen) Verwöhnung und deren gleichzeitiger Entwertung durch Enttäuschungsprophylaxe. Er versucht, für andere dazusein, sie zu verwöhnen, weil er selbst verwöhnt werden möchte.«²

2. Psychoreaktive Implikationen für Depressivität, Suizidalität und Hoffnungslosigkeit

Schicksalsschläge, wie Verlust von Liebespartnern, Arbeitslosigkeit, Extrembelastungen und andere von außen herangetragene Konflikte können – reaktiv – zur Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Suizidalität führen. Auf diese Zusammenhänge hat schon 1953 der bedeutende Wiener Suizidforscher E. Ringel hingewiesen. Da Suizidversuch und die Suizidhandlung gleichsam Hoffnungslosigkeit und Selbstaufgabe im »Extrakt« bzw. »in Konzentration« bedeuten, soll hier noch etwas genauer auf die Deutungszusammenhänge und Erklärungsmuster der Suizidforschung eingegangen werden: Gerade die Suizidhandlung kann ja als Ausdruck und Zeichen einer »inkarnierten« Hoffnungslosigkeit gesehen werden: »Ich weiß und kann nicht mehr weiter!« Bedeutet doch Hoffnung zunächst (menschlich-immanente) Bejahung der Zukunft. Die suizidale Handlung ist aber Negierung der Zukunft, was nicht ausschließt, daß beim Suizidalen dennoch eine gewisse »Sehnsucht« nach einem »besseren« Leben vorhanden ist.

3. Exkurs: Psychodynamische und sozialpsychologische Deutungsmuster für Suizidalität

In einer empirischen Studie über die Lebensschicksale von 745 »geretteten Selbstmördern« geht Ringel von der Erkenntnis aus, daß die Ursache der Suizidhandlung bedeutend mehr in der Entwicklung der Persönlichkeit und des Lebensweges liegt, als in der akuten Situation (z. B. Ehekonflikt, finanzielle Probleme, Berufskrisen etc.), welche unmittelbar vor der Suizidhandlung besteht. Im Zuge dieser Entwicklung kommt es zu größerer Einengung des Lebensraumes, zu verstärkter, aber gleichzeitig gehemmter Aggression und ferner zur Flucht in eine irrealere Phantasiewelt. (Im Rahmen der psychiatrischen Krankheitslehre würde man dieses Syndrom am ehesten als »depressiv-neurotische Entwicklung« einordnen.)

Ringel spricht von »eingefrorenen Perspektiven« einer suizidalen Persönlichkeit. Die dynamische Einengung bedeutet im äußeren Erscheinungsbild oft Spontaneitätsverlust, Hemmung, passives Verhalten und Verzweiflung. Doch dürfen diese Verhaltensmuster nicht als Zeichen des Erlöschens der Persönlichkeitsdynamik gesehen werden. Im Gegenteil: Unter der scheinbar glatten Oberfläche »brodelt« es, d. h., Emotionen und Antriebe werden in negative Richtungen umgekehrt. Gedanken und Gefühle kreisen um Lebensverneinung und Suizidphantasien, um Formen der Autoaggression und der Selbstzerstörung. Dabei besteht die situative und dynamische Einengung in dem Sinn, daß eine totale Ausweglosigkeit erlebt wird und eben nur ein Weg offen bleibt, nämlich der der suizidalen Handlung. Das würde bedeuten, daß die oft angeführte Kurzschlußreaktion bzw. der sog. »Bilanzselbstmord« niemals in einem persönlichkeitsfremden und sinnleeren Raum steht, sondern daß Kindheitserlebnisse und Entwicklung einer Persönlichkeit bei der Frage nach Verursachung und Motivation zum Suizidversuch immer mit zu bedenken sind. – Was die Selbsttötungsphantasien betrifft, so ist die Situation dann am bedrohlichsten, wenn die zunächst mehr oder weniger absichtlich eingeleiteten Phantasien durch passivzwanghaft auftretende Suizidhandlungsvorstellungen chronifizieren. Es liegt in der Natur dieser zwanghaften Phantasien, daß bei suizidalen Zwangsideen Ansätze zu positiver Lebenseinstellung und zu Hoffnungen (im weitesten Sinne) kaum greifen.

Exemplarisch und paradigmatisch für soziologische Untersuchungen über Suizidhandlungen ist noch immer die Arbeit von Emil Durkheim: »Le Suicide«, erschienen schon 1897. Durkheim sah die soziale Integration als einen Indikator für das mehr oder weniger intensive kollektive Leben, für den gemeinsamen Austausch, für die sozialen Beziehungen. Die Ursache für eine Suizidhandlung liegt – nach Durkheim – in der sozialen Desintegration oder Isolierung eines Menschen. Denn unzureichende Integra-

tion führt zu Isolierung des einzelnen von sozialen Gebilden wie Familie, Religionsgemeinschaft und/oder politischen Systemen.

Ein »anomischer Suizid« kann – nach Durkheim – durch defiziente oder fehlende Reglementierung geschehen. Diese »Störung der kollektiven Ordnung« zeigt sich bei schwindendem Einfluß sozialethischer Leitideen, bei einer individuellen Bedürfnissteigerung und dem gleichzeitigen Unvermögen, die Mittel zur Deckung dieser Bedürfnisse aufzubringen. Das Individuum reagiert auf diese Störung mit Angst, Rat- und Haltlosigkeit, was dann zu depressiven Verstimmungen, Hoffnungslosigkeit und zu Suizidhandlungen führen kann. Typische Beispiele für diesen Zusammenhang sind heute die gesteigerte Notwendigkeit von Schuldenberatung und das Konsum- und Suchtverhalten (z. B. auch Spielsucht) vieler junger Menschen. Auf jeden Fall erscheint eine der Grundthesen Durkheims, daß gehäuftes suizidales Verhalten in der Bevölkerung als Symptom »kollektiver Krankheit« angesehen werden könne, auch heute noch überlegenswert und diskussionswürdig.

A. Holderegger ist voll zuzustimmen, wenn er zusammenfaßt: »Durkheims allgemeine Integrations- und Anomiehypothese behält auch heute noch ihre Gültigkeit. Nur muß sie – soll das Suizidgeschehen integral erklärt werden – mit psychologischen und psychopathologischen Theorien verknüpft werden. Denn gesellschaftliche Verhaltensmuster erklären nicht schon individuelle Prädispositionen und umgekehrt.«³

Aus der Fülle soziologischer Theorien, die oft Begriffe und Thesen von Durkheim wieder aufgreifen, sei hier noch die These von J. P. Gibbs und T. W. Martin angeführt: Sie gehen der Frage nach, was »soziale Integration« ist: Die Selbsttötungsrate einer Bevölkerung variiert umgekehrt mit dem Grad der Statusintegration dieser Gruppe, d. h., je höher die Statusintegration ist, umso niedriger ist auch die Suizidrate einer Gruppe. Dabei meint Status einen identifizierbaren Zustand einer Person, der empirisch mit Hilfe von Merkmalen (Alter, Geschlecht usw.) erfaßt werden kann. Wenn ein Mensch von sich und anderen nicht weiß, wer er ist bzw. wer die anderen sind, und welche Rolle er hat bzw. sie haben, breitet sich Unsicherheit in seiner Umgebung aus. Das hat wiederum Rückwirkungen auf die Integration des Betreffenden. Diese wechselseitigen Rollenverunsicherungen können sich dann eskalieren, so daß es zu suizidalen Handlungen kommen kann. Freilich müssen zuvor auch entsprechend negative psychodynamische und intrapsychische Vorgänge abgelaufen sein.

Schließlich muß noch den verschiedenen Merkmalen einer heutigen *Kommunikationsverarmung* nachgegangen werden: Dadurch, daß viele Menschen, besonders Jugendliche, sich außerhalb des Berufes sprachlich ungenügend artikulieren können, kommt es zur Vergrößerung der Sprachsignale. Diese werden zunehmend von Affektausbrüchen und sogar von

Kreislaufzusammenbrüchen (z. B. bei massiven familiären Auseinandersetzungen und bei Rockkonzerten) begleitet, was u. a. das »Aneinander-Vorbeireden« und »Nicht-verstehen-Wollen« verstärkt. Oft tritt dann ein affektgesteuertes Verhalten in den Vordergrund, was nicht selten in tätliche Auseinandersetzungen (z. B. rechtsradikal initiierte Krawalle, Hooligan-Ausschreitungen bei Fußballspielen) ausufert. Werden dann Schuld- und Schamgefühle ungenügend verarbeitet, herrscht oft ein destruktives Schweigen. Der letzte Versuch, wieder Kontakt aufzunehmen, kann dann ein Suizidversuch sein. Unter dem Gesichtspunkt einer angewandten Kommunikationstheorie wird deutlich, daß auch demonstrativ scheinende Arrangements von Suizidanten oft nur verzweifelte Versuche sind, Kommunikation aufrecht zu erhalten oder Scheinkommunikationen mit tieferen menschlichen Kontakten zu vertauschen. Es gilt festzuhalten, Suizidalität – und damit Hoffnungslosigkeit – bedeutet immer zugleich eine Kommunikationsstörung, meist auch eine Störung der Kontakt- und/oder Bindungsfähigkeit.

4. Soziale Implikationen für Depression, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit

Die skizzierten psychodynamischen, psychoreaktiven Zusammenhänge des Suizidproblems einerseits und die sozialpsychologischen und soziologischen Forschungen (Durkheim, Gibbs/Martin) andererseits haben die engen methodologischen und inhaltlichen Verknüpfungen der Suizidalität mit dem Phänomen der Hoffnungslosigkeit aufgezeigt.

Fassen wir die spezifischen sozialpsychologischen Implikationen zusammen:

1. Sozial induzierte Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit treten wohl am häufigsten nach Abweisungen durch einen Liebes- oder Ehepartner, durch außereheliche Beziehungen, sexuelle Probleme, Familienstreitigkeiten etc. auf. Bei Männern führen Arbeitslosigkeit, Einkommensverluste, Schulden, Gerichtsverfahren zu massiver Verunsicherung und oft hoffnungsloser Resignation. Beiden Geschlechtern gemeinsam sind Ängste und enttäuschte Hoffnungen nach langen Krankheiten und bei Suchtverhalten: »Da komme ich nie heraus!«

2. Mangelnde Kommunikation und soziale Desintegration führen zu menschlicher Isolierung, zu Einsamkeit und zu besonderen Formen der Hoffnungslosigkeit: »Mich mag keiner, also ziehe ich mich zurück!«

3. Störungen im individuellen und kollektiven Ordnungsverhalten (z. B. bei alleinstehenden Rentnern) bringen oft Selbstvernachlässigungen, Ängste, Resignation und Hoffnungslosigkeit: »Da kriege ich nie mehr Ord-

nung rein, also ist es egal, ob ich putze oder mich pflege!« Oft ergibt sich aus dieser Ordnungslosigkeit eine Vermeidungshaltung der Umgebung gegenüber »unordentlichen und unorganisierten Menschen«.

4. Mangelnde Integration in den beruflichen Status bringt individuelle Unsicherheit und Angst vor der Bewältigung von Zukunftsaufgaben mit sich. Diese Verunsicherung teilt sich auch der privaten und beruflichen Umgebung mit und führt nicht selten zu Zukunftslosigkeit und Hoffnungslosigkeit.

5. Die Vergrößerung der Sprachsignale, die einseitig beruflich-technisch orientierte Sprache und allgemeine Kommunikationsstörungen (in Großstädten der BRD leben schon mehr als 25 % Singles) bringen Mißverständnisse, affektgesteuertes und unreflektiertes Verhalten mit sich. Folgen sind oft auch hier Mißverständnisse, Gefühle der Einsamkeit, Resignation und zuletzt auch Hoffnungslosigkeit und latente Suizidalität.

Auch das Phänomen der Hoffnungslosigkeit könnte und sollte man mit empirisch-statistischen Methoden angehen. Ähnlich wie beim Suizidversuch gibt es auch für die defiziente Hoffnungshaltung eines Menschen jahreszeitlich (z. B. Nebel im Herbst, Eis und Kälte in einem langen Winter), altersabhängig (Pubertät, Klimakterium, Präsenium) und geschlechtsspezifisch (s. o.) relevante Zusammenhänge. Doch können solche Methoden und Forschungen auch Möglichkeiten sein, sich von einer inneren Betroffenheit bei der Begegnung mit Hoffnungslosen zu distanzieren: Der wichtigste Zugang zum Verständnis und zur Hilfe bei Menschen ohne Hoffnung ist, sich in die Lebensgeschichte und derzeitige Lebenssituation des einzelnen Menschen hineinzusetzen.

5. Die finale Dimension als Ausdruck begrenzter menschlicher Möglichkeiten und als Ansatz für »falsche und echte« Hoffnungen

Karl Jaspers, Psychiater und Philosoph, benennt neben dem Staunen und dem Zweifel »das Bewußtwerden von Grenzsituationen als den tieferen Ursprung der Philosophie.« – »Es sind Situationen, über die wir nicht hinaus können, die wir nicht ändern können ... Im bloßen Dasein weichen wir oft vor ihnen aus, indem wir die Augen schließen und leben, als ob sie nicht wären. Wir vergessen, daß wir sterben müssen, vergessen unser Schuldigsein und unser Preisgebensein an den Zufall.«⁴

Die Tatsache anzuerkennen und zu bejahen, daß alle Menschen *Grenz- und Mängelwesen* sind, ist die wichtigste Voraussetzung, wenn wir uns Gedanken über »natürliche Hoffnungen« machen: Wer nicht anerkennt, daß wir »todsichere Todeskandidaten« sind, wer nicht weiß, daß wir immer wieder durch mangelhafte und falsche Selbst- und Nächstenliebe

schuldig werden, wer nicht sieht, daß wir merkwürdigen und katastrophalen Zufällen unterworfen sind, die wir weder planen noch steuern können, wird utopischen und falschen Hoffnungen nachjagen. Erst aus einem gesunden Realismus, der naturgegebene Grenzen anerkennt, können »echte, natürliche« Hoffnungen und Zielvorstellungen (*fines*) wachsen.

In einer empirisch-statistischen Arbeit hat der Verfasser – im Rahmen seiner Promotion – ca. 100 Patienten nach einem Suizidversuch befragt, nachdem er einen Fragebogen über »Lebenssinn« und »Lebensziele« konzipiert hatte. Die Fragen lauteten u.a.: »Nennen Sie drei Wünsche!« – »Haben Sie Träume?« – »Gibt es Menschen oder Dinge, für die es sich zu leben lohnt?« – »Gibt es eine höhere Instanz, z. B. Gott, in Ihrem Leben?« – »Gibt es für Sie ein Weiterleben nach dem Tode?« – »Was sagt Ihnen das Wort Hoffnung? – Haben Sie eine Hoffnung im religiösen Sinn?«

Dazu zwei typische Antworten:

1. »Ja, ich habe Hoffnung, daß das oder jenes geschieht. Ich habe z. B. die Hoffnung, daß ich mal eine Reise mache. Das habe ich schon seit Jahren vorgehabt. Ich wünsche mir auch, daß es mit dem Geschäft meines Mannes, der sich selbständig gemacht hat, besser klappt. Hoffentlich geht das alles gut. Ich hoffe auch, daß alles gut wird zwischen meinem Mann und mir. Wegen der Kinder hoffe ich das. Die Kinder sind ja schon so ganz anders als ich selbst geartet.« (Hausfrau, 29 J., 2 Kinder; Suizidanklaß: Ehekonflikt wegen außerehel. Beziehung der Pat.; Art des Suizidversuches: Tabletteneinnahme.) –

2. »Hoffnung bedeutet für mich, daß man sich da etwas wünscht. Z. B. habe ich die Hoffnung, wieder nach Hause zu kommen. Außerdem hoffe ich, bald Urlaub machen zu können.« (Metallarbeiter, 58 J., 3 Kinder; Suizidanklaß: Dickdarmkarzinom; Art des Suizidversuches: Strangulation mit einer Lederschleife.)

Es fiel besonders auf, daß nur 8 % der Befragten spontan auf die Frage nach »Hoffnung« im religiös-transzendenten Sinn eingingen. Der »übernatürliche« Sinn von Hoffnung kam den meisten Befragten überhaupt nicht in den Blick. Auch die Frage nach Gott und nach dem Weiterleben nach dem Tod wurde nur von ca. 10 % der Befragten positiv beantwortet.

Diese empirisch-statistischen Ergebnisse von den befragten Patienten korrelieren mit der Meinung auch religiös interessierter und kirchlich engagierter Psychiater: So betont G. Hole (evang. Theologe und Chefarzt des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weißenau), »daß beim Umgang mit suizidalen Depressiven nicht auf religiöse Einstellungen und Bindungen abgehoben werden kann und soll«. ⁵ Der Tübinger Ordinarius für Psychiatrie, W. Schulte, schrieb in seinem Artikel über Glaube und Unglaube des Depressiven: »Den bis zum ›Gefühl der Gefühllosigkeit‹ Depressiven erreicht keinerlei Argumentation mehr: Alle Zufahrtswege, auf denen man

im seelsorglichen Zuspruch meint einwirken zu können, sind blockiert.«⁶ E. Ringel faßt seine Ergebnisse der Befragungen von 745 geretteten Selbstmördern – im Bezug auf Wert- und Sinnvorstellungen – zusammen: »Gerade dann tragen Weltanschauungen, Wertsysteme und Sinnzusammenhänge nicht mehr, wenn die Suizidalen sie am meisten bräuchten.«⁷ –

Hiermit wird die eingangs geäußerte Skepsis des Psychiaters, Professor F. Mauz, gegenüber Sinn und Hoffnung stiftenden Seelsorgsgesprächen mit Depressiven und Verzweifelten – empirisch-medizinisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch – bestätigt. Damit müssen die »Grenzen« für den »Erfolg« psychotherapeutischer und seelsorglicher Gespräche bei Hoffnungslosen realistisch eingeschätzt werden: Die Konfrontation in einer Krise der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit mit weltanschaulichen und religiösen Appellen ist gewöhnlich nicht hilfreich und bringt den Leidenden meist keine Entlastung. So besteht noch immer eine erhebliche Diskrepanz zwischen psychiatrischer und seelsorglicher Praxis einerseits und moral- und pastoraltheologischer Theorie andererseits bei der Kommunikation und Vermittlung über und von Hoffnungsstrukturen. Der günstigste und für das konkrete weitere Leben passendste Ansatz scheint mir zu sein, wenn Seelsorger und Therapeut versuchen, von den jeweils individuell noch vorhandenen Sinn- und Hoffnungsstrukturen auszugehen: So könnte man z.B. die 29jährige Hausfrau (s. o.) fragen, wie sie ihrem Mann beim Aufbau seines (und ihres!) Geschäftes konkret helfen könne. Erst dann könnten entferntere Hoffnungsziele (z. B. gemeinsame Kindererziehung) praktisch angegangen werden. Später könnte das Ehepaar vielleicht auch über religiöse Motivationen seiner Lebensgestaltung sprechen. – Den 58jährigen Metallarbeiter mit Darmkrebs könnte man z. B. fragen, wo denn bisher sein schönster Urlaubsort war und ob und wie er evtl. wieder dorthin kommen könne.

Verallgemeinert bedeutet dies: Hoffnung und Sinn müssen erfahren und/oder zusammen gelebt werden. Die Rede über Hoffnung allein hilft im Alltagsleben sehr wenig – wenn sie den »Hörenden« theologisch abgehoben und damit persönlichkeitsfremd erscheint.

III. THERAPEUTISCHE HILFEN FÜR »SINNARME« UND HOFFNUNGSLOSE MENSCHEN

Therapeutische Ansätze für Hoffnungslose können zunächst durch die Stichworte »trotz-dem« und »dennoch« gekennzeichnet sein. Es fragt sich nur, ob das »Ich« und das »Selbst« (wie das Ich sich »selbst« fühlt) eines Menschen in einen Zustand tiefer Hoffnungslosigkeit noch so stark ist, »Trotz« zu haben: »Allen Gewalten zum Trutz sich erhalten, nimmer

sich beugen, kräftig sich zeigen – rufet die Arme der Götter herbei« (Goethe). –

Das Menschenbild, das auf dieser Haltung des »Hilf dir selbst, dann hilft dir Gott« beruht, scheint ein ziemlich egozentrisches und relativ unchristliches Ideal zu sein. Außerdem wird es irgendwann zusammenbrechen – spätestens im Zustand des Selbstverlustes oder bei Bewußtlosigkeit.

So wäre der Hoffnungslose doch auf ein (menschlich) tröstendes Du bzw. auf ein »Hilfs-Ich« angewiesen, das dem schwachen Selbst durch Worte des Trostes und/oder tatkräftigen Beistand aufhelfen müßte? Diese Hilfe sollte dann gemäß den vier Dimensionen des Menschlichen (s. o.) angesetzt werden. Man könnte sich diese auf dreifache Weise konkret so vorstellen:

1. Der Helfer und Therapeut sollte versuchen, stets die rechte Zeit (*kairos*) zu finden: So gibt es z. B. Phasen im Rahmen einer endogenen Depression, in denen ein erfahrener Therapeut den Hoffnungslosen einfach in Ruhe läßt. Es wäre hier auch an der Zeit, richtige Antidepressiva einzusetzen. Sie sollten von in der Psychopharmakotherapie Erfahrenen nach dem Prinzip: »Soviel wie nötig und sowenig wie möglich« eingesetzt werden. Diese Medikamente können helfen, daß ein kurzes therapeutisches Gespräch (nicht länger als 20 Min.) erst einmal möglich wird, ohne daß Unruhe und Druck den Depressiven quält.

2. Es müßte zu einem »Pakt« mit dem Hoffnungslosen über konkrete Vorsätze (u. a. mit entsprechenden Kontrollen) kommen: Sowohl mit Depressiven als auch mit Hoffnungslosen sollte man eine Art Vertrag abschließen, in dem das Arbeitsbündnis und seine nähere Struktur konkret besprochen wird, z. B.: Wann und wie lange sollen sich Therapeut und Depressiver/Hoffnungsloser wieder treffen? Was, wann und mit wem kann der Hilflose in der Zwischenzeit unternehmen? Wie können körperlich-psychische Beweglichkeit und Ausdauer geübt werden?

3. Es wäre ein soziales Netz zu knüpfen. D. h., es sollte versucht werden, den Hoffnungslosen wieder in sein altes oder in ein neues psychosoziales Bezugsfeld einzubinden. Man sollte versuchen, die situative und affektdynamische Einengung und die Kommunikationsstörung so zu beeinflussen, daß der Patient wenigstens zwei nähere Bezugspersonen hat, mit denen er offen reden kann. Das sollte nicht allein deshalb geschehen, um Verantwortung für das hoffnungslose Leben abzugeben, sondern auch in dem Bewußtsein, daß der hoffnungslose Mensch in Familie, Beruf, Freizeit oder auch in eine Selbsthilfegruppe integriert werden muß. Dort sollte dann versucht werden, die Isolation und die gestörte Kommunikation des Patienten mit seiner Umgebung allmählich zu beheben, damit Lebenssinn in der Begegnung und im gemeinsamen Tun mit anderen Menschen erfahren wird. Diese menschlichen Begegnungen und Erfahrungen sind zugleich Therapie und Prophylaxe für alle Hoffnungslosen.

Damit ist allerdings die wichtige ethische Frage nach der Freiheit und der möglichen Verantwortung des »Hoffnungslosen« noch nicht beantwortet! Im Rahmen einer natürlichen Tugendlehre, nach der jeder etwas »taugen« bzw. mit seinen »Talenten wuchern« sollte, um für sich selbst und für andere tauglich zu sein (als unabdingbare Voraussetzung für Selbst- und Nächstenliebe) können auch anscheinend (oder nur scheinbar?) Hoffnungslose sich nicht einfach *nur* auf andere verlassen! Hier gilt, daß jeder wirklich Hoffnungslose viele »Gaben« und Geschenke von anderen bekommen sollte, damit er überleben kann. Allerdings sollten den »Gaben« derjenigen, die sich um Hoffnungslose sorgen, die »Aufgaben«, Vorsätze und die Mühe entsprechen, welche Depressive und Hoffnungslose trotz-dem auf sich nehmen. Diese Aufgaben mögen bei tief Hoffnungslosen sehr wenige sein, aber eine gewisse Mühe kann sich jeder noch so depressive und hoffnungslose Mensch geben. Anderenfalls würden Chancen zur Heilung und zur Rehabilitation verpaßt. So wird z. B. in allen Kliniken auch von schwer endogen Depressiven verlangt, daß sie ein Minimum an Körperpflege leisten und allein essen. Auch die Teilnahme an Spaziergängen und an Gymnastik wird meistens einfach erwartet. Dazu sind Interventionen eines »Hilfs-Ich« nötig.

Für Helfer und Therapeuten hat Ruth Cohn (die Erfinderin der Themenzentrierten Interaktion = TZI) ein wichtiges Prinzip im Umgang mit Depressiven und Hoffnungslosen formuliert: »Gibst Du einem Menschen mehr, als er braucht, wirst Du sein Mörder. Gibst Du einem Menschen weniger, als er braucht, wirst Du sein Dieb.« D.h. Verwöhnen durch Zuviel-Geben kann genauso falsch sein wie die Forderung an Depressive und Hoffnungslose, sich anzustrengen und sich Mühe zu geben. Diese Einstellung kann gewährleisten, daß auch kleine Reste von Freiheit und Verantwortung bei Menschen, die verzweifelt und hoffnungslos sind, ernst genommen werden. Das Problem besteht allerdings darin, jeweils zu unterscheiden, wann und wie der Helfer zuwenig bzw. zuviel gibt oder verlangt. Dazu ist ein empathischer und kritischer Umgang mit dem Hoffnungslosen wichtig, d. h. gewisse Konfrontationen und Forderungen beim »Sich-Mühe-geben« sind notwendig. Wenn aber der tief Depressive wirklich (noch) nicht kann, müssen die Forderungen des Therapeuten bzw. des Helfers zurückgenommen werden. Bisweilen muß aber das Risiko der Überforderung eines Hoffnungslosen auch in Kauf genommen werden. Anderenfalls werden Chancen zur Gesundung, zur Rehabilitation und zu einer positiveren Zukunftsgestaltung vergeben.

IV. FRAGMENTE EINER PASTORALMEDIZIN FÜR HOFFNUNGSLOSE

Dem Prinzip von *Gabe* (Geschenk) des Helfers und Therapeuten und *Aufgabe* des Hoffnungslosen entspricht – in Analogie – theologisch die Heilsstruktur von *Gnade und Freiheit*: Aus der Ignatianischen Spiritualität stammt der Satz eines ungarischen Jesuiten: »Vertrau so auf Gott, als ob es allein auf IHN und nicht auf Dich ankäme; wende dennoch alle Mühe auf, als ob aller Erfolg der Dinge nur von Dir und nicht von Gott käme.« In dieser existentiell-dialektischen Spannung steht auch der (analoge) Umgang Gottes mit einem – übernatürlich gesehen – Hoffnungslosen.

In der praktischen Seelsorge ist dieser dualistische Heilsansatz (Heil verstanden als immanente Heilung und transzendentes Heil) bisweilen sehr belastend. Aber: Die Aporie eines Dualismus zwischen Hoffnung als natürlicher Tugend und Hoffnung als übernatürlicher Tugend (Gnadengeschenk) ist praktisch nicht lösbar. Könnte man andernfalls menschlich und theologisch erklären, warum ein Judas so verzweifelt und hoffnungslos war, daß er Suizid beging? Petrus dagegen hatte die Gabe (?) der Tränen, konnte bereuen und wurde von Jesus mit neuen Aufgaben betraut und hatte damit eine – wenigstens – »menschliche Zukunft«. »Hoffnungslos« aber waren vorher wohl beide Jünger.

Abschließend sei – aus dem Wissen um die »Christus-Medicus-Tradition« – die Frage erlaubt, wie Jesus selbst mit Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit umgegangen ist: »Arzt heile Dich selbst« (Lk 4,23). – Vier Zusammenhänge seien fragmentarisch angedeutet:

1. In der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit am Ölberg wollte Jesus »besucht« werden: »Konntet Ihr nicht eine Stunde mit mir wachen?« (Mt 26,40; vgl. auch Mt 25,36.)
2. Jesus ließ sich auf seinem Kreuzweg von Simon von Cyrene »begleiten«, auch wenn dieser gezwungen wurde (vgl. Mt 27,32).
3. Nachdem Jesus in seiner Aufgabe »hoffnungslos gescheitert« war, vollzog er die totale »Hingabe«, indem er seinen Jüngern die Füße wusch (vgl. Joh 13,12b–16).
4. Am Kreuz war Jesus selbst völlig hoffnungslos: »Mein Gott, mein Gott, warum hast Du mich verlassen?« (vgl. Mt 27,28). Aber er *betete*: »Vater, in Deine Hände empfehle ich meinen Geist« (vgl. Lk 23,46; Ps 31,6).

ANMERKUNGEN

1 Grundsätzlich zu unserem Thema vgl. R. Battegay, Angst und Hoffnung, in: Angst und Zuversicht. Schriften des Ärztlerates im Bistum Essen, Bd. 6. Sankt Augustin 1983; I. Baumgartner (Hrsg.), Handbuch der Pastoralpsychologie. Regensburg, 1990; H.J. Bochnik, Vertrauen: Fundament des ärztlichen Berufes, in: Vertrauen als Fundament. Schriften des Ärztlerates im

Bistum Essen, Bd. 4. Sankt Augustin 1981; W. Bräutigam, Reaktionen – Neurosen – Abnorme Persönlichkeiten. Seelische Krankheiten im Grundriß. Stuttgart/New York 1985; E. Co-reth, Was ist der Mensch? Innsbruck/Wien 1986; E. Durkheim, Le Suicide. Paris 1960 (deutsch: Der Selbstmord. Neuwied/Berlin, 1973); J.P. Gibbs/W.T. Martin, Status Integration and Suicide. A Sociological Study. Oregon 1964; A. Görres, Kennt die Religion den Menschen? München 1986; Ders., Kennt die Psychologie den Menschen? München 1986; B. Hanssler, Glaube, der die Ängste bannt – christlicher Umgang mit der Angst, in: Angst und Zuversicht. Schriften des Ärztlerates im Bistum Essen, Bd. 6. Sankt Augustin 1983; W. Hesse, Art. »Hoffnung«, in: Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe, hrsg. v. E. Seidler. Freiburg 1979; A. Holderegger, Suizid und Suizidgefährdung. Humanwissenschaftliche Ergebnisse und anthropologische Grundlagen. Fribourg/Freiburg i.Br. 1979; G. Hole, Der Glaube bei Depressiven. Stuttgart, 1977; Ph. Kaiser, Art. »Hoffnung«, in: Praktisches Wörterbuch der Pastoralanthropologie, hrsg. v. Gastager u.a. Wien/Freiburg/Basel 1975; A. Luyten, Religiöse Dimension des Vertrauens, in: Vertrauen als Fundament. Schriften des Ärztlerates im Bistum Essen, Bd. 4. Sankt Augustin 1981. U.J. Niemann, Suizidgefährdete – wollen sie wirklich sterben?, in: *Orientierung* 45 (1982), S. 63–67; Ders., Suizidrisiko und Lebenssinn (Dissertation, unveröffentl. Manuskript). Essen 1984; Ders., Integration und Verantwortung: Theologische, anthropologische und ethische Aspekte des Schmerzphänomens, in: Lehrbuch der Schmerztherapie. Stuttgart 1993; Ders., Vertrauen und Heilungswille versus Wort und Tun Jesu Christi. Schriftenreihe der Ärztearbeit im Erzbistum Paderborn. Paderborn 1994; H. Pompey, Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge im Selbstverständnis der sog. Pastoralmedizin. Freiburg/Basel/Wien 1968; E. Ringel, Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien/Düsseldorf 1953; J. Scharfenberg, Einführung in die Pastoralpsychologie. Göttingen 1990; W. Schulte, Glaube und Unglaube bei Depressiven, in: *Evangelische Theologie* 11 (1951/52).

2 W. Bräutigam, a. a. O., S. 168.

3 A. Holderegger, a. a. O., S. 118.

4 K. Jaspers, a. a. O., S. 18.

5 G. Hole, a. a. O., S. 188f.

6 W. Schulte, a. a. O., S. 179.

7 E. Ringel, a. a. O., S. 144.