

SEMINAR-SKRIPTUM

(s.a. [Seminar II - Krisenintervention](#))

Übungen für Kandidatinnen und Kandidaten zum Priesteramt
in der Evangelisch-Lutherischen Kirche (I) :

Versuch zu Traurigkeit und Todessehnsucht

[Depression und Suizid als Abkömmlinge der (Auto-) Aggression]

Das vorliegende Praktikums-Skriptum soll als Gesprächsgrundlage dienen. Wir versuchen einen Blickwinkel der Medizinischen Psychologie bzw. der Sozialmedizin einzunehmen.

Zunächst finden Sie einen Beitrag zur Begriffs- und Standortbestimmung und zu den oft unterschiedlichen Positionen als Helferinnen und Helfer. Danach lesen Sie einen frühen Artikel von Professor Erwin Ringel „**Praktische Selbstmordprophylaxe**“. Anschließend können Sie sich ein wenig in die gängige (psychiatrische) Systematik zur Depression einlesen, zuletzt finden Sie eine Zeichnung, die Sie selbst versuchsweise deuten und deren Ergebnisse später diskutieren können.

Beispiel-Fälle oder eigene Impulse können Sie zu der Übung direkt mitbringen, am Besten in Form von Bild- oder Ton- bzw. Videomaterial. Sie können auch ganz persönliche Erfahrungen zur Verfügung stellen. In jedem Fall gilt, dass alle Beteiligten oder Betroffenen ihre Zustimmung geben und dass unter den Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmern **Diskretion** vereinbart wird.

Am ersten Tag werden wir theoretisch und praktisch arbeiten, am zweiten Tag kann das Erarbeitete vertieft werden.

Grundsätzlich gilt für uns als Helfende:

„Ich tue das, was ich kann. – Ich kann das, was ich tue.“

Anderes überlasse ich Fachleuten, mit denen ich aus meiner Kompetenz bei Bedarf zusammenarbeiten kann.

(Siehe auch Grafik im Anschluss, Seite 6.)

Depression:

Antriebsloses Verhalten, verbunden mit Gefühlen der Traurigkeit, Sinn- und Wertlosigkeit, Mangel an innerer und äußerer Struktur und: Schlafstörungen. - Unabhängig von der psychopathologischen Einteilung nach ICD-10 beschreiben wir:

Exogene Depression:

Von außen wird mein Zustand derart beeinflusst, dass ich in eine scheinbar ausweglose, deprimierende Situation komme, aus der ich ohne äußere Hilfe schlecht wieder hinaus finde. Es kann ein „circulus vitiosus“ entstehen, der meinen Zustand bis zur krankheitswertigen Intensität verschlimmert.

Äußere Anlässe können sein:

- Tod einer geliebten Person
- Entzug der Lebensgrundlage (Verlust des Arbeitsplatzes)
- Familiäre Probleme (Scheidung)
- Prüfungs-Angst (begründet in Angst vor Liebesentzug)
- Mobbing

Hiezu zählen die Formen der so genannten „posttraumatischen“ oder reaktiven Befindlichkeitsstörungen.

Oft ist dieser Zustand begleitet mit **Einschlaf**-Störungen.

Endogene Depression:

Kann durch äußere (lebensgeschichtliche) Umstände ausgelöst werden, hat aber immer eine wesentliche somatische (biochemische) Komponente.

Oft ist dieser Zustand gekoppelt mit **Durchschlaf**-Störungen.

Endogen bedingte depressive Zustandsbilder lassen sich auf endokrine (Drüsenfunktion) und biochemische Abweichungen von der Regelfunktion definieren.

Beispielsweise führt ein zu niedriger Serum-Spiegel an Lithium zu einer charakteristischen - depressiven, gelegentlich psychotischen - Verstimmung. Diese kann durch behutsame Gabe von Lithium (Quilonorm® retard) ursächlich gebessert werden. Erst danach sollte die individuelle psychosoziale Situation geklärt und durchgearbeitet werden.

Saisonal bedingt, verändert sich der Serum-Spiegel an Serotonin bzw. Cortico-Melanotropin, beides abhängig von der Menge verfügbaren Tageslichts, und kann in Phasen der Dunkelheit ebenfalls depressive Symptomatik auslösen (so genannte **saisonale Depression**). Hier kann durch Erhöhung der Einwirkzeit und Intensität von Tageslicht die Befindlichkeit im Tagesrhythmus gebessert werden (Licht-Therapie).

In jedem Fall kann unterstützend im Form von „Beelterung“ (Vermittlung von Geborgenheit und wertfreiem Dasein) über die sozialpsychologische „Schiene“ wirksam begleitet werden.

Jede Begleitung einer depressiv verstimmtten Persönlichkeit bedarf der psychischen Stütze in Form von Aussprache, evtl. auch Gebet / Meditation und - fachlich - der berufsbegleitenden Supervision.

Merke:

Keine Intervention soll ungeplant (d.h. ohne bewusste Abwägung von Mittel, [Neben-] Wirkung und Ziel) stattfinden.

Jede Kontaktnahme kann wertvolles Material für spätere Arbeit beinhalten. Mein Blick soll dafür werturteilsfrei offen sein.

Zu den wenigen Möglichkeiten der Intervention durch Laien:

Nicht gründlich bzw. spezifisch ausgebildete Personen haben besonders bei depressiven Menschen mit klassischen, oft schweren Ohnmachts- und Schuldgefühlen zu kämpfen.

Dafür gibt es mehrere Gründe, unter diesen seien drei genannt:

1. Übertragung und Gegenübertragung
2. spezielle Inkompetenz
3. larvierte Aggression

Zu 1.: In der Psychoanalyse spricht man von **Übertragung** dann, wenn Gefühle der Liebe und des Hasses (frühkindliche Grund-Befindlichkeiten) aus der Ursprungs-Beziehung auf eine andere Beziehung angewandt und in dieser aktuell erlebt (und auch agiert) werden.

Gegenübertragung bedeutet, dass auch solche Gefühle (z.B. der Libido, des Hasses, der Ohnmacht) im Betreuer gegenüber der/dem Betreuten entstehen und die Möglichkeit besteht, dass diese dem Betreuten „umgehängt“ werden.

Deshalb „prüfe sich, wer hilft“.

Zu 2.: Jeder Beruf verlangt spezifische Kompetenzen. Nicht jede dieser Fach-Kenntnisse befähigt zum „betreuenden“ Umgang mit Menschen. Ich muss mir meiner Kompetenzen – besonders deren **Grenzen** – klar bewusst sein, um nicht in Allmachtsgefühle zu geraten und dann erbärmlich zu pfuschen.

Zu 3. Jede Depression hat als Spiegelbild die **Aggression**. Diese ist dann bloß fehlgeleitet, also gegen den Betroffenen selbst gerichtet. Der fühlbar „aggressive“ – besser gesagt: „**destruktive**“ – Anteil in der Depression verhindert auch letzte noch mögliche soziale Beziehungen und erweckt im Gegenüber oft starke Gefühle der Antipathie.

Merke dazu:

In jedem Menschen steckt ein Terrorist. Wer diesen frei und töten lässt, wird bestraft, wer ihn unfrei weinen lässt, wird verachtet.

In dieser Situation – die Welt wird ent-solidarisiert und radikalisiert – gilt es, dem „Terroristen“ die Grundlagen zur Tat zu nehmen und dem „weinenden, fordernden Kind“ liebevolle Beziehung zu geben.

Beziehung bedeutet: Klarheit, Angenommen werden / Annehmen, Grenzen.

Das zu erkennen, ist dem Depressiven oder Suizidalen schlecht möglich. Man kann versuchen, es aber mit ihm/ihr zu „trainieren“.

Es ist Aufgabe des (z.B. pastoralen) Helfers, zu respektieren, dass er/sie das allein **nicht** bieten oder durchstehen kann, ohne selbst Schaden zu nehmen und beim Depressiven gar alles zu verschlimmern.

Suizidales Verhalten:

Eine besondere Spielart der (destruktiven) Aggression ist die Autoaggression: destruktive Strebungen, die gegen sich selbst gerichtet sind (oft in Ermangelung eines entsprechenden Adressaten, oft wegen unbewusster innerpsychischer oder real begründeter, aber nicht verwirklichter, Schuldzuweisungen).

Suizidales Verhalten entsteht in etwa drei (szenischen) Schritten:

1. Depressive Einengung mit graduellem Kontakt- und Realitätsverlust
2. Schuldzuweisung gegen sich selbst und (Selbst-) Tötungsphantasien
3. Ankündigung und (mit Latenz von Stunden bis Monaten) Versuch(e)

Ähnlich beschreibt Erwin Ringel das „**Präsuizidale Syndrom**“:

1. **Einengung**
2. **Gehemmte Aggression**
3. **Flucht in die Irrealität und Phantasie**

Dieses Zustandsbild verläuft in Kaskaden, wobei der phantasierte Vorgang der Selbsttötung zunächst verschlüsselt, später immer offener angekündigt wird. So eine Ankündigung ist immer Ernst zu nehmen, allerdings kann es vorkommen, dass die Verschlüsselung nur einem eng begrenzten Adressatenkreis zugänglich wäre, dieser aber dann nicht anwesend (getrennt lebend oder verstorben) oder unansprechbar ist. Besonders **in Fällen von psychischer oder sexueller Gewalt** (z. B. bei pädosexuellem Missbrauch einer Autoritätsbeziehung) kann der Adressat nicht angesprochen werden, fühlt sich das Opfer zunehmend isoliert und kann die verständliche Aggression, bisweilen Mordlust, nicht gegen den Täter, sondern nur – als **gleichzeitige Bestrafung** für „böse“ Gedanken, Gefühle und Handlungen **gegen sich selbst** gerichtet bleiben.

Merke:

Selbst wenn ich erste Zeichen nicht richtig zu deuten vermag: Jeder Suizid-Versuch spricht eine klare Sprache: **Die inszenierte Szene deutet auf den „dahinter gemeinten“ Adressaten.**

In den meisten Fällen sind versuchte Suizide **letzte szenische Appelle** vor der eigentlichen Durchführung (gilt z.B. für in letzter Minute aufgefundene und reanimierte Menschen).

In vielen Fällen, da solch ein Versuch „gelingt“, also zum Tod führt, muss angenommen werden, dass es sich um einen tendenziell und im Ergebnis „misslungenen“ Versuch handelte: **Das Ergebnis, die ultimative Zuwendung, oder aber die „Bestrafung“ des Adressaten**, kann nicht mehr erlebt werden: Genugtuung bleibt aus.

In seltenen Fällen – z.B. auf Grund einer unheilbaren Erkrankung – Kommt der Patient zur Überzeugung, sein Leben beenden zu wollen. Diese – suizidale – Handlung geht aber kühl kalkuliert, ohne latente Beschuldigung und ohne dramatisch inszenierte Szene – also unspektakulär, manchmal nach einem innigen Abschied – einher.

Einen solchen Menschen begleite ich mit Demut und lasse ihn ziehen.

Merke:

Einen Menschen, der verschlüsselte Anschuldigungen äußert und dessen

Einengung weit fortgeschritten ist, muss ich in jeder **Andeutung** seiner Todessehnsucht ernst nehmen.

Das bedeutet nicht, dass ich ein „tragisches Gespräch“ führen sollte – es bedeutet, dass seine noch so harmlos erscheinende Drohung **wahrgenommen** und auf diese **mit Güte** – an Stelle der immer so leicht zu handenen Gegen-Aggression – **reagiert** werden soll.

Einen (prä-)suizidalen Menschen zu begleiten, erfordert menschliche Reife, Ruhe und besondere Fähigkeiten intuitiver und interventions-technischer Art. Hier können Angehörige, Freunde, Lehrer, Priester, eindeutig überfordert sein.

Mein „Kapital“ ist mein Mut, die nun verstandene Botschaft stellvertretend zu artikulieren und professionelle Hilfe zu ermöglichen – mehr nicht.

Merke weiter:

Die große Kunst im Umgang mit depressiven, aggressiven, auto-aggressiven und suizidalen Menschen ist es, bei aller offenen, wertschätzenden Zuwendung immer bei sich selbst zu bleiben, klare Grenzen zu zeigen und einzuhalten, sich also nicht in den Strudel der oft neurotisch-kunstvollen Inszenierung mit hinab ziehen zu lassen. davon hat niemand etwas, deswegen wurden schon viele Möchtegern-HelferInnen geradezu verachtet.

Das Ergebnis wäre dabei nicht zum ersten Mal: ein schwer depressiver „hilfloser Helfer“ mit Burn-out-Symptomatik und Todessehnsucht.

Zuletzt:

Ich akzeptiere die eigenen Grenzen des Machbaren.

Meine Macht reicht nur so weit wie mein Arm reicht.

Alles Weitere ist Größen- und Heilsphantasie, die ich ohne Werkzeug nicht erfüllen kann.

Ich lasse mich niemals – so nett das Bild ist – von PatientInnen oder deren Angehörigen auf ein vergoldetes Podest stellen, an dem die Betreffenden längst mit Eifer sägen.

Meine Werkzeuge im Umgang mit Depressiven und Suizidalen sind:

- Demut
- Geduld
- Freundliche Zuwendung
- Wache Sensibilität
- Froher Mut
- Wertschätzende Unbestechlichkeit
- Unerschütterliche Klarheit
- Standfeste Selbstbegrenzung (realistische Selbsteinschätzung)

Weitere Werkzeuge **lernen ExpertInnen** in vielen Jahren Selbsterfahrung und methodischer Ausbildung.

S. a. **Seminar II** <https://medpsych.at/Seminar-Kriker-II-KI.pdf>
Krisenintervention

Anhang: Verweise / Links

Mag. Dr. Volkmar Ellmauthaler
medpsych
1220 Wien, Seefeldergasse 18 / 8
0 043 699 10 900 802
<https://medpsych.at> | info@medpsych.at

Zur Biographie: <https://medpsych.at/VE-CV-oeffentl.pdf>

Biography in English: <https://medpsych.at/VE-CV-EU-GB.pdf>

Zu den gebundenen Büchern: <https://medpsych.at/Buecher.pdf>

Zu allen Titeln (alphab.): <https://medpsych.at/bibliografie-ell.pdf>

→ Expertenfragen: <https://medpsych.at/Fragen-Antworten.pdf>

Bestellung: <https://medpsych.at/0000-Artikel-Bestellform.pdf>