

Stand: 15. Nov. 2009

Asmus Finzen

Die Krankheit verheimlichen. Schwere Depression und Suizidgefährdung. Zum Tode von Robert Enke

Der Suizid Robert Enkes wirft viele Fragen auf. Ich war überzeugt davon, dass die Depression in den letzten zwei Jahrzehnten anders als die Schizophrenie keine Krankheit mehr war, die man verstecken muss. Offenbar habe ich mich mich getäuscht. Offenbar gibt es in jedem Leben gute Gründe, keine Schwäche zu zeigen, privat nicht, vor allem aber in Berufen nicht, die einen ins Rampenlicht stellen und die jederzeit abrufbare Höchstleistungen verlangen. In solchen Situationen bedroht die Krankheit die eigene Identität. Und die krankheitsbedingten Verletzlichkeiten und Ängste hindern einen daran, rechtzeitig angemessene Hilfe zu suchen. Das hat nicht nur mit der Krankheit zu tun, sondern auch mit dem gesellschaftlichen Umgang damit. Dazu folgende Überlegungen.

Schwere Depressionen verändern die Selbstwahrnehmung. Depressive Menschen verlieren ihr Selbstvertrauen. Sie entwickeln Versagens- und Verlustängste. Sie haben Angst, ihre durch die Krankheit eingeschränkte Kraft, ihre Dynamik, ihre Leistungsfähigkeit sei auf immer verloren. Sie sind voller - irrationaler Schuldgefühle. Sie geraten von einer Sinnkrise in die nächste. Oft verlieren sie allen Lebensmut. Es gibt wohl keine Depression ohne den Gedanken an die Selbsttötung. Die schwere Depression ist immer wie von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung geprägt. Wer so depressiv ist, kann sich in der tiefsten Krise nicht vorstellen, dass es einmal besser wird. Weil das so ist, bedarf er dringend professioneller Hilfe - am besten im Schutz einer Klinik. Dann nämlich sind die Chancen gross, dass ihm geholfen werden kann, dass die Depression in Wochen, spätestens in ein paar Monaten abklingt.

Was der Depressive in diese Phase nicht braucht, sind Diskussionen über den Sinn des Lebens, oder etwa über die Frage, die die Basler/Tübinger Philosophin allen Ernstes in

ihrem neuen Buch stellt, ob durch Depressivität induzierte Suizidalität, ob "Suizid Krankheitsymptom oder Signatur der Freiheit" sei. Wer so fragt, hat nichts begriffen. Aber Dagmar Fenner steht nicht allein:

"Immer wieder depressiv, lohnt es sich eigentlich damit noch zu leben?", fragte mich unlängst eine bekannte Journalistin. Ohne es zu wissen, brachte sie damit das Dilemma vieler psychisch kranker Menschen auf den Punkt: Es ist nicht allein die Krankheit, so sehr sie darunter leiden mögen, die sie und ihr Leben entwertet. Es sind die Vorstellungen, die Gesunde und Kranke damit verbinden, die sie stigmatisieren. Lohnt es sich damit denn noch zu leben? Kann man sich vorstellen, dass dies die erste Frage ist, wenn jemand körperlich schwer erkrankt? Es gibt schwere Erkrankungen, bei denen das Schicksal über lange Zeit ungewiss ist, bei denen es gleichsam auf Messers Schneide steht. Aber selbst wenn Gewissheit besteht, dass sie zum Tode führen wird, ist es gesellschaftliche Norm, dass die Kranken die Auseinandersetzung mit der Krankheit aufnehmen, dass sie um ihr Leben kämpfen. Und Medizin und Gesellschaft tun sehr viel, um die Qualität ihres Lebens zu verbessern und zu sichern.

Viele körperliche Krankheiten - von Jahrzehnt zu Jahrzehnt werden es mehr - haben einen langwierigen Verlauf, sind mit Einschränkungen und mit Behinderungen verbunden: Die Zuckerkrankheit, die Polyarthrititis, Herz- und Kreislauferkrankungen sind nur einige davon. Auch hier ist die gesellschaftliche Erwartung, dass die Betroffenen lernen, mit Krankheit und Behinderung zu leben. Die Frage, ob dies denn lohne, gilt in diesem Zusammenhang als unpassend, wenn nicht gar als unmoralisch – auch wenn selbsternannte Sterbehilfevereinigungen in manchen Ländern einen anderen Eindruck erwecken.

Bei psychischen Krankheiten ist das offenbar anders. Das Schlimme an dieser Haltung ist die Tatsache, dass das Risiko, durch eigene Hand zu sterben, bei Depressiven fünf- bis zehnmals höher liegt als bei der Durchschnittsbevölkerung - und dass es durch eine solche Einstellung ohne jeden Zweifel noch erhöht wird. „Es ist mein Leben,“ hielt eine meiner Patientinnen dagegen. „Ich habe kein anderes. Ich will es leben; und ich will sehen, was ich daraus machen kann“. Recht hat sie. Sie verdient Respekt mit dieser Haltung - und alle Unterstützung, die die Gemeinschaft der Gesunden ihr dabei zukommen lassen kann.

Nicht mehr leben wollen

Wenn wir uns mit psychischer Krankheit befassen, kommen wir nicht umhin, uns mit der Frage nach dem Suizid auseinanderzusetzen. Denn psychische Störungen gleich welcher Art sind mit einer Erhöhung des Suizidrisikos behaftet. In diesem Zusammenhang mag es wichtig sein festzuhalten, dass Suizidalität zwar Ausdruck oder Symptom von Krankheit sein kann, aber nicht selber Krankheit ist. Bei psychisch Kranken - ausser vielleicht bei sehr depressiven Menschen - ist sie häufiger Krankheitsfolge als Krankheitssymptom.

Es gibt andere soziale Gruppen, deren Selbsttötungsrate vergleichbar ist. Dazu gehören Menschen, die in Trennung leben, alleinstehende Männer über 65, Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger - insbesondere solche, die in der Psychiatrie tätig sind - und Mitglieder des auswärtigen Dienstes in verschiedenen westlichen Ländern. Allen diesen Risikogruppen gemeinsam - ausser Ärzten und Pflegepersonal - sind Vereinsamung, Entwurzelung und soziale Isolierung oder die Angst davor. Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, die zentralen Suizidmotive, können die Folge sein. Ich will das hier nicht vertiefen. Mir liegt an dieser Stelle nur daran, darauf zu verweisen, dass die psychisch Kranken mit dem erhöhten Suizidrisiko nicht allein dastehen. Wichtig ist folgendes: „Jeder suizidale Mensch, ob er nun krank ist oder gesund, verdient Achtung statt Ächtung, Anteilnahme statt Ablehnung, Verständnis statt intoleranter Verurteilung, Mitgefühl statt Bestrafung und Entmündigung, Hilfe statt Gleichgültigkeit. Tot sein und nicht mehr weiterleben wollen, sollte als möglicher und einsehbarer Impuls der menschlichen Psyche akzeptiert und nicht länger tabuisiert und diskriminiert werden“ (Scobel).

Suizid als Bilanz einer unerträglichen Lebenssituation?

Die Möglichkeit des Suizids als nüchterne Bilanz einer unerträglichen Lebenssituation ist lange Zeit gerade von Psychiatern heftig bestritten worden. Ich bin davon überzeugt, dass es einen solchen Bilanzsuizid gibt. Ich räume allerdings ein, dass das möglicherweise eine Glaubensfrage ist. Ich will vor allem nicht geltend machen, der Bilanzsuizid sei ein Ausdruck von Freiheit. Er ist vielmehr die bittere Konsequenz einer von aussen aufgezwungenen, unerträglichen Wirklichkeit. Karl Jaspers schreibt dazu: „In gänzlicher Verlassenheit, im Bewusstsein des Nichts, ist dem Einsamen der freiwillige Untergang wie eine Heimkehr

zu sich selbst. Gepeinigt in der Welt, ohnmächtig, den Kampf mit sich und der Welt fortzuführen, in Krankheit oder Alter dem Versinken in Kümmerlichkeit ausgesetzt, von dem Herabgleiten unter das Niveau des eigenen Wesens bedroht, wird es ein tröstender Gedanke, sich das Leben nehmen zu können, weil der Tod wie eine Rettung erscheint.“

Wir dürfen auch den Suizid von Depressiven nicht allein als Ausdruck von Krankheit sehen. Unterschätzen wir nicht das reale Leid, das die Schwere psychischer Krankheit über die Betroffenen bringt!

Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

Psychisch Kranke suizidieren sich aus den gleichen Gründen wie andere Menschen auch: aus Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Sie nehmen sich das Leben, weil sie keinen anderen Ausweg wissen. Dies festzuhalten scheint mir wichtig. Der Suizid der psychisch Kranken ist, um es drastisch zu formulieren, nicht Ausgeburt ihres Wahns, sondern Reaktion auf eine Lebenssituation, die sie als unerträglich erleben. Gewiss wird dieses Erleben von der Krankheit geprägt. Aber nur ausnahmsweise wird die Krankheitssymptomatik selber zum unmittelbaren, unvorhersehbaren Auslöser des Suizids. Mich hat ein Bericht früherer Tübinger Kollegen (J. Gestrich und J. Stief) tief beeindruckt, die eigentlich den Studien-erfolg psychisch kranker Tübinger Studenten untersuchen wollten und schockiert feststellen mussten, dass jeder fünfte von ihnen sich das Leben genommen habe. Sie schreiben dazu:

„Den meisten Suizidhandlungen schienen einfühlbare Motive zugrunde zu liegen. Grundlage der Suizidalität bildeten häufig das Gefühl, so nicht mehr weiterleben zu können und zu wollen, und die fehlende Hoffnung, selber oder mit fremder Hilfe an der Situation etwas ändern zu können. Als unerträglich wurden dabei vor allem zwei Umstände erlebt: Isolation und unbefriedigende Partnerbeziehungen zum einen, Erfolglosigkeit im Studium zum anderen. Die Gesunden zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, Misserfolge auf einem dieser beiden Gebiete durch Erfolge auf dem anderen auszugleichen, fehlt den ehemals Kranken häufig. Hält der Zustand des fehlenden Erfolgserlebnisses in der Bewältigung dieser beiden alters-

spezifischen Aufgaben an, und entsteht beim Patienten der Eindruck, dass sich daran nichts Entscheidendes ändern wird, kann es zur Krise kommen.

Patienten mit krankheitsbedingt schlechtem Realitätsbezug erleben die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit schwerer und sind deswegen gefährdeter. Die Angst, den Anforderungen von Familie und Beruf nicht gerecht zu werden, und Schuldgefühlen, trotz aller Fürsorge der nächsten Angehörigen nicht gesund zu werden, kann Suizidimpulse verstärken, die bei Depressiven immer latent mitschwingen. Überhöhte Anforderungen der Angehörigen hinsichtlich Kommunikation und Leistung können das gleiche Ergebnis haben. Die meisten Selbsttötungen scheinen eine Reaktion auf das bewusste Erleben der Krankheit und ihrer Folgen im zwischenmenschlichen Bereich und auf dem Leistungsgebiet zu sein... "

Diese Darstellung spricht für sich. Wenn der Krankheitsverlauf langwierig ist, wenn immer wieder Rückfälle auftreten, wenn die Partnerschaft bedroht ist, die Familienbeziehungen gespannt sind, wenn der Arbeitsplatz durch die Krankheit verlorengeht, wird das Gefühl von Ausweglosigkeit fast zwingend. Die Möglichkeiten zum Ausgleich sind durch die Krankheit eingeschränkt. Depressivität, gleich welcher Ursache, die Grund- oder Begleitsymptom fast aller psychischer Störungen ist, begünstigt den Weg in die präsuizidale Sackgasse.

Schwindende Kraft und präsuizidales Syndrom

Bei psychisch Kranken kommt es vor, dass die Lebenskraft sich im Verlauf der Krankheit verzehrt. Rückfälle sind Rückschläge. Verschlimmerungen, krisenhafte Zuspitzungen und die Wiederaufnahmen im Krankenhaus verengen die Lebensperspektive. Der Verlust von Freunden, die zunehmende Ungeduld der Eltern oder des Partners sind deprimierende Erfahrungen, die bei untergründiger Depressivität und krankheitsbedingter Verminderung der Vitalität um so einschneidender wirken. Gerade Kranke, die mit ihrem Leiden ringen, die nicht aufgeben wollen, die an den Hoffnungen für ihr Leben festhalten wollen, erleben immer wieder bittere Enttäuschungen. Das gilt insbesondere für junge Menschen, die während einer vielversprechenden Berufsausbildung oder während des Studiums erkranken. Dass sie Therapeuten finden, die an hochgesteckten Behandlungszielen festhalten, ver-

hindert günstigenfalls ihren sozialen und persönlichen Abstieg. Ungünstigenfalls programmiert es ein unausweichliches Scheitern vor, das in das reale Erleben von Hoffnungs- und Ausweglosigkeit mündet.

Das Leben mit Depressionen und anderen psychischen Krankheiten bedeutet für viele Betroffene eine unablässige Anstrengung bei der Bewältigung von psychischen und sozialen Situationen, die Gesunde gar nicht als Belastungen wahrnehmen. Dadurch erklärt sich, dass es bei ihnen zu unvermittelten suizidalen Krisen kommen kann, während Therapeuten und Angehörige eine anhaltende Besserung und Stabilisierung beobachten. Aber auch in solchen Phasen der Remission leben die Betroffenen nicht ohne Anstrengung. Scheinbar nichtige Versagenserlebnisse können das mühsam aufrecht erhaltene emotionale Gleichgewicht ins Wanken bringen und eine suizidale Krise heraufbeschwören.

Aus all diesen Gründen ist das präsuizidale Syndrom, wie Erwin Ringel es formuliert hat, bei psychisch Kranken im Vorfeld oft nicht in der gleichen Deutlichkeit zu erkennen wie bei anderen Suizidgefährdeten. Gewiss findet auch bei ihnen eine zunehmende Einengung der Lebenssituation, der Psychodynamik und der zwischenmenschlichen Beziehungen statt. Gewiss kommt es auch bei ihnen zu Aggressionsstau mit Wendung der Aggression gegen die eigene Person. Gewiss haben auch sie Suizidphantasien, die sich konkretisieren, die sie schliesslich nicht mehr beherrschen können. Aber vieles spricht dafür, dass es bei ihnen, auf dem Hintergrund einer ständig vorhandenen Basisgefährdung, zu einer viel rascheren krisenhaften Zuspitzung kommen kann als bei anderen Suizidgefährdeten. Damit werden die einzelnen Schritte der suizidalen Entwicklung kaum mehr abgrenzbar. Die Zeiträume für die Erkennung der suizidalen Krise und die Möglichkeiten einer Intervention verkürzen sich. Vieles spricht dafür, dass die präsuizidale Krise bei schwer depressiven (und bei schizophrenen) Kranken von der Aktualisierung der Suizidalität bis zur Vollendung der Suizidhandlung manchmal nur Minuten dauert. Dadurch werden die Möglichkeiten des Eingreifens innerhalb der Krise eingeschränkt. Die Suizidprophylaxe muss früher einsetzen - etwa bei der Behandlung der Grundkrankheit oder bei dem Versuch, der Entwicklung solcher Krisen vorzubeugen.

Die Suizidgefährdung begleitet die depressive Erkrankung. Sie darf aber nicht zum Leitmotiv des Lebens mit ihr oder ihrer Behandlung werden. Das gleiche gilt für eine Reihe

von anderen Risiken im Verlauf der Erkrankung: Die Gefahr des Rückfalls in eine akute Krise, der drohende Verlust sozialer Bindungen, aber auch Nebenwirkungen der Medikamentenbehandlung. Wir müssen uns und den Kranken immer wieder ins Bewusstsein rufen, dass solche Erkrankungen einen vielfältigen, wechselhaften - und auf lange Sicht eher günstigeren - Verlauf haben und dass ein Rückschlag heute, mag er noch so schwer zu ertragen sein, nichts darüber aussagt, wie die Situation in ein, zwei oder fünf Jahren sein wird.

Das Leiden verheimlichen?

Reale Ängste und das Bewusstsein von Vorbehalten und Vorurteilen führen dazu, dass viele psychisch Kranke und ihre Angehörigen versuchen, ihr Leiden zu verheimlichen. Aber das Verbergen eines Teils der eigenen Identität ist belastend. Der amerikanische Soziologe Erving Goffman beschreibt das so: „Das entscheidende Problem ist es nicht, mit der Spannung, die während sozialer Kontakte erzeugt wird, fertig zu werden, sondern eher dies, die Information über ihren Fehler zu steuern. Eröffnen oder Nicht-Eröffnen; Sagen oder Nicht-Sagen; Rauslassen oder Nicht-Rauslassen; Lügen oder Nicht-Lügen; und in jedem Fall, wem, wie, wann und wo“.

Mit anderen Worten: Psychisch Kranke, die ihre Störung verbergen, leben unter dauernder Anspannung und in der Sorge, entdeckt – diskreditiert – zu werden. Aber nicht nur das: Während die „Normalen“ gegenüber bekannt psychisch Kranken, Vorurteile hin oder her, ein gewisses Mass an Takt bewahren, erleben sie es als „verdeckte“ Kranke immer wieder, dass Vorbehalte und Vorurteile gegen Menschen wie sie im Gespräch in aller Brutalität geäußert werden. Auf diese Weise werden sie in einer Heftigkeit mit solchen Vorurteilen konfrontiert, die sie in der Regel nicht aushalten müssten, wenn sie ihr Leiden offenbarten.

Dazu kommt, dass sie nicht mit Rücksichten rechnen können, die bekannt psychisch Kranken unter Umständen gewährt werden, wenn einzelne Symptome fortbestehen: Verminderung des Antriebes, Depressivität, allgemeine Verletzlichkeit. Mit anderen Worten: Das Verbergen der Krankheit mag einige Probleme lösen, andere verschärft es.

Tatsächlich brauchen psychisch Kranke und ehemals psychisch Kranke den Austausch mit anderen Menschen über ihr Leiden, ihre Behandlung und ihre damit verbundenen Probleme. Das soziale Leben in einer Welt der Täuschung kann ausserordentlich belastend werden und eine Verschlimmerung begünstigen. Trotzdem scheint es zu den schwierigsten sozialen Herausforderungen für rekonvaleszente psychisch Kranke zu gehören, über den engsten Familienkreis hinaus Menschen zu finden, denen sie ohne Furcht vor Missbrauch und Zurückweisung vertrauen können.

Die Verheimlichung des Leidens, zu der viele Depressive neigen, führt nicht selten dazu, dass sie in brutaler Weise die Vorurteile der gesunden Anderen erfahren, die diese, wenn sie im Bilde wären, aus Höflichkeit verschweigen würden. Entschlossen sie sich aber, ihre Krankheit zu offenbaren, liefen sie Gefahr, isoliert und zurückgewiesen und nicht mehr für voll genommen zu werden. Sebastian Deissler hat sich entschieden, seine Krankheit zu offenbaren. Er hat einen hohen Preis dafür gezahlt. Aber er hat überlebt. Robert Enke hat für die Verheimlichung entschieden und die mutmasslich dringliche stationäre Behandlung gemieden. Der Preis dafür war zu hoch.

Sehr viel spricht dafür, dass die Stigmatisierung psychischer Krankheit als auslösender Faktor ebenso bedeutsam ist wie die Krankheitserfahrung selber. Das öffentliche Vorurteil sagt auch heute noch immer wieder: „Es lohnt sich nicht, mit einer solchen Krankheit zu leben. Wenn ich an Deiner Stelle wäre, ich würde mich vor den Zug werfen“ (ein Ratschlag aus dem wirklichen Leben, der noch am gleichen Tag befolgt wurde). Diese Entwertung, ob sie nun real oder imaginiert ist, ist es, die es den Kranken oft schwer macht, sich zu behaupten, ein Mindestmass an Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten, die sie ständig - und oft mit gutem Grund - um ihre sozialen Beziehungen oder ihren Beruf fürchten lässt. Und dies alles geschieht auf dem Hintergrund von Krankheitssymptomen, die soziale Verletzlichkeit bedingen und soziale Kompetenz mindern.

Alles dies gilt, obwohl die Depression heute an sich eine gut behandelbare Krankheit ist.

Literaturhinweise: A. Finzen: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

asmus.finzen@vtxmail.ch