

Im "heimat.kunden" Gespräch:

Dr. Petra Hunold, Chefärztin der Abteilung für Depressionsbehandlung, LWL-Klinik Lippstadt

Petra Hunold wuchs in Aachen auf und studierte Medizin in Köln. Nach ihrer Facharztausbildung in Remscheid, wo sie auch Oberärztin wurde, baute sie ab 1997 eine Tagesklinik in Herford auf, seither lebt sie privat in Bielefeld. 2003 hat sie in der Tagesklinik in Lippstadt angefangen, 2012 die Fachabteilung für Depressionsbehandlung in Benninghausen gegründet, die sie als Chefärztin leitet. Das Gespräch fand aufgrund der Corona-Einschränkungen am Telefon statt.

DR: Gab es, bevor Sie Ihre Abteilung gegründet haben, keine spezifische Einrichtung für Depressionserkrankungen in der LWL-Klinik?

PH: Ganz früher (also so vor 30 Jahren) war alles gemischt. Es gab akute Aufnahmestationen und Stationen für Patienten, die nicht mehr so akut erkrankt waren. Da waren Psychose Kranke, Depressive, Borderline-Patienten, alle durcheinander. Das hat mehr Nachteile als Vorteile, insbesondere für Depressionspatienten. Depressive Menschen sind in der Regel ruhig, sie haben Schwierigkeiten, sich zu Wort zu melden, sich durchzusetzen, laut zu werden, etwas für sich einzufordern. Dann haben Sie womöglich daneben jemand mit Wahnvorstellungen, mit Panik oder Angst, da gehen die Depressiven mit ihren Bedürfnissen schnell unter.

DR: Werden in der Abteilung für Depressionserkrankungen heute akute Fälle, also Krisen, und Dauerpatienten gemeinsam behandelt?

PH: Dauerpatienten haben wir in dem Sinne nicht mehr. Es gab früher einen Dauerbereich in den Psychiatrien, der aber zugunsten von Wohneinrichtungen u. ä. aufgelöst wurde. Man ist auch ganz davon abgekommen, die Psychiatrien entfernt von den Städten einzurichten. Das ist historisch so entstanden: Man hat früher gedacht, man müsse den Menschen einen Ruheort gönnen, wo es ihnen besser gehen kann. In der Regel waren die Einrichtungen auf dem Land an Klöster angebunden, weil sich historisch vor allem Nonnen um seelisch Kranke gekümmert haben. Das hat andererseits natürlich auch zu Ausgrenzung geführt. Ende des 20. Jahrhunderts ist man dazu übergegangen, alle Langzeitbereiche der Kliniken, soweit es geht, aufzulösen und die Patienten Stadt- bzw. Wohnort-nah unterzubringen, in Modellen wie etwa betreutem Wohnen.

DR: Ist Depression eine Krankheit, die in Wellen oder Schüben verläuft?

PH: Nein. Der allerhäufigste Verlauf ist, dass Patienten nur einmal im Leben depressiv werden, so dass sie in Behandlung müssen, und dann ist es ausgestanden. Dann kann man Mechanismen entwickeln, um gesund zu werden und gesund zu bleiben, und der oder die Betroffene ist damit erstmal geheilt.

Es kann aber sein, dass man bei einer neuen Krise wieder genauso reagiert, wie man es vorher schon kannte, also ins alte Fahrwasser gerät und rezidivierend depressiv wird. Das ist aber nicht die Regel. Dass man den Eindruck hat, Depressionserkrankungen kämen in Schüben wieder, liegt auch daran, dass diese Patienten sich quasi in der Klinik ansammeln. Wenn Sie zu uns in die Station kommen, treffen Sie relativ viele Patienten, die schon zum wiederholten Mal da sind. Diejenigen, die geheilt entlassen werden und nicht

wiederkommen, treffen Sie gar nicht an. Wer nicht immer wieder damit zu tun hat, thematisiert die Krankheit oft gar nicht.

DR: Das heißt, das, was man vor mehr als 100 Jahren vielleicht als melancholischen Charakter beschrieben hat, würden Sie heute ganz anders beschreiben?

PH: Man würde diesen Begriff heute nicht mehr verwenden, aber es gibt den Begriff der dysthymen Störung. Dysthymie ist eine chronisch depressive Verstimmung, ohne dass diese jemals so schwer wird, dass man in stationäre Behandlung müsste.

DR: Da würde ich mich, glaube ich, als Kandidat anbieten.

Lachen.

PH: Das betrifft viele. Es handelt sich oft um Menschen, die ein besonders tiefgreifendes Gefühlsleben haben. Die sich alles sehr zu Herzen nehmen, aber nicht unbedingt ein Kriterium für eine stationäre Behandlung erfüllen.

DR: Wenn ich Sie richtig verstehe, heißt das, dass Depression in den meisten Fällen eine Art vorübergehender Krise ist.

PH: Genau.

DR: Und einmalig in dem Sinne, dass der Patient Mittel an die Hand bekommt, Methoden oder vielleicht auch Medikamente, um nicht mehr in diese Zustände zu geraten? Ab wann würde man den Zustand denn als Depression diagnostizieren, wo würde nach Ihrer Ansicht die Grenze verlaufen?

PH: Es gibt in der Psychiatrie in der Regel keine scharfen Grenzen. Die Definition von Krankheit ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Zum einen vom subjektiven Leid. Ich kann neben einem Patienten sitzen und finden, es geht ihm ganz gut, wenn der Patient aber fürchterlich leidet, dann ist das eben so.

Als weiteres Kriterium kommt in Frage, kann jemand arbeiten gehen, und falls nicht, kommt er oder sie zu Hause klar, ist er oder sie "alltagstauglich". Kann der Patient aus dem Bett aufstehen, pflegt er sich, isst er, trinkt er. Wenn es lebensbedrohlich wird, wenn also Suizidgedanken so stark werden, dass der Betreffende sich etwas antun könnte, ist das natürlich ein klares Kriterium, jemand aufzunehmen. Manchmal können die Gründe auch am Wohnort liegen, wenn es z. B. familiäre Konflikte gibt, Auseinandersetzungen, Streitigkeiten, die man nur dadurch umgehen kann, dass der Betroffene einen Abstand einnimmt. Abstand zur eigenen Lebensführung zu bekommen, die Situation von außen zu betrachten und Klarheit darüber zu gewinnen, wie es in Zukunft anders weitergehen kann.

DR: Beim Phänomen Suizid gilt es aber grundsätzlich zu unterscheiden, ob Suizid ein Ausdruck von Ausweglosigkeit ist oder unter Umständen Ausdruck von Selbstermächtigung. Letzteres müsste im Vorfeld nicht notwendigerweise ein Fall für eine Behandlung sein.

PH: Jeder Mensch hat im Laufe seines Lebens auch mal Suizidgedanken. Ich halte das für etwas grundlegend Menschliches. Die meisten, die sich suizidieren, sind psychisch krank gewesen, aber nicht jeder. Kennen Sie das Buch "Gott" von Ferdinand von

Schirach? Da gibt es jemand, der ohne jede psychische Erkrankung einfach sagt, ich habe keine Lust mehr. Das gibt es natürlich auch.

DR: Mich beschäftigte seinerzeit sehr das Buch "Hand an sich legen" von Jean Améry, in dem er sehr dezidiert begründet, warum er aus dem Leben scheiden will, und das als bewussten Prozess und freie Entscheidung darstellt.

PH: Ich habe den Améry nicht gelesen, bin aber erstaunt, dass es Leute gibt, die die Lektüre überleben. Ich halte Améry für hochdepressiv, und er hat sich ja auch umgebracht. Ein weiteres Buch, das ich empfehlen kann, heißt "Das Leben nehmen"...

DR: ... von Thomas Macho, das habe ich vor nicht allzulanger Zeit gelesen, es ist auch Teil meiner "Heimat-Bibliothek".

PH: Das Buch ist toll. Wie viele Aspekte da besprochen werden und was man alles im Zusammenhang mit Suizidalität aufzeigen kann – das fand ich richtig gut.

DR: Vor 40 Jahren hat sich in Lippstadt ein Autor das Leben genommen, bei dem man auch davon ausgehen darf, dass er das sehr bewusst entschieden hat: Thomas Valentin. Ich als Laie fand auch das Buch von Andrew Solomon sehr interessant. Dort wird sehr explizit darauf Bezug genommen, inwieweit heute Medikamente bei Depression helfen können. Es gibt andere Stimmen, die Antidepressiva sehr kritisch sehen. Wie ist Ihre Haltung dazu?

PH: Ich würde das etwas strukturieren wollen. Nicht jeder, der sich umbringt, ist deshalb seelisch krank. Punkt. Das heißt im Umkehrschluss aber auch, nicht jedem, der Suizidgedanken hegt, muss ich ein Medikament anbieten. Wenn jetzt jemand Suizidgedanken hat, weil er depressiv ist, dann hätte er aufgrund seiner Krise die Vorstellung, dass der Freitod die einzige Lösung darstellt. Dann muss ich sehen, kann ich den auf einer verbalen, psychotherapeutischen Ebene erreichen oder nicht. Ist er vertragsfähig, ist er behandlungsfähig? Meine erste Aufgabe ist es, den Patienten am Leben zu erhalten, damit ich ihn überhaupt behandeln kann. Also eine Krisen-Intervention zu machen. Muss ich ihm etwas anbieten, damit er ruhiger wird, oder eventuell etwas Stimmungsaufhellendes, damit sich mit der Verbesserung der Stimmung die Suizidalität wieder auflöst?

DR: Also in etwa so, wie wenn man einem Schmerzpatienten erstmal Schmerzmittel gibt, damit sich der Körper grundsätzlich entspannen kann?

PH: Wenn man so will. Man kann sagen, Sie brauchen jetzt erstmal Schmerzmittel, damit Sie sich überhaupt bewegen können, und wenn Sie sich dann ausreichend bewegen können, werden Sie nicht mehr solche Schmerzen bekommen. In diesem Sinne sind Antidepressiva in der Regel auch keine Mittel, die man ein Leben lang nehmen muss.

DR: Gibt es Ihrer Meinung nach eine Disposition zu Depressionen, und woher könnte sie kommen? Wäre sie eher individuell, durch die persönliche Geschichte bedingt oder, wie man heute vielleicht annehmen würde, genetisch? Oder handelt es sich auch um ein gesellschaftliches Phänomen?

PH: Die Depression ist keine Erbkrankheit. Es gibt eine genetische Veranlagung, das kann man mittels Untersuchungen an eineiigen Zwillingen feststellen, die voneinander getrennt adoptiert wurden. Da kann man feststellen, dass sie, auch wenn sie an vollkommen

unterschiedlichen Orten und unter unterschiedlichen Bedingungen aufwachsen, häufiger depressiv werden als Nicht-Zwillinge. Das heißt, es gibt eine genetische Komponente, die aber so schwach ist, dass man sie vernachlässigen kann. Man kann hier keine Zwangsläufigkeit feststellen. Was man häufig als Gegenargument hört, ist "In meiner Familie hat sich aber die Oma umgebracht und deren Tochter und die Schwester" usw. – es ist aber oftmals eher eine Lebenshaltung, die sich da "vererbt".

Als Freud mit der Psychoanalyse kam, steckte auch die Hirnforschung noch in den Kinderschuhen. Da ging die Diskussion immer in Extremen vorstatten: Die eher organisch orientierten Ärzte sagten, seelische Krankheiten sind Hirnkrankheiten, Wilhelm Griesinger zum Beispiel vertrat diese Auffassung. Man hatte damals sehr viele seelisch auffällige Menschen in den Krankenhäusern und hat dann entdeckt, dass sie ganz häufig eine Spätsyphilis hatten. Daraus zog man den Schluss, alle haben Hirnveränderungen und sind deshalb verrückt geworden, also ist das immer so. Aber dann kam jemand wie Freud und sagte, alles ist entwicklungsbedingt, und so wogten quasi ein Jahrhundert lang die Argumente hin und her, sind die Gründe körperlicher oder seelischer Natur.

Heute sind wir an einem Punkt der Entwicklung, wo man ein "Anlage-Umwelt-Modell" annimmt. Man nimmt also an, es gibt anlagebedingte Faktoren, dazu gehören etwa eine gewissen genetische Ausstattung, aber auch eine Entwicklungsgeschichte und Lernfaktoren, also: lerne ich in der Familie, mich durchzusetzen, oder bringen meine Eltern mir eher bei "Halt die Klappe"; oder werde ich als Kind gesehen und gewertschätzt. Zum Beispiel erlernte Hilflosigkeit: Das Kind sitzt da, will etwas haben, bekommt aber nichts, weil die Eltern erst gar nicht zuhören – dann wird das Kind lernen, nichts für sich einzufordern.

DR: Das von Ihnen beschriebene "Anlage-Umwelt-Modell" wird aber nicht exklusiv auf den Bereich Depression angewandt.

PH: Das betrifft jeden Bereich der seelischen Erkrankungen. Ursprünglich formuliert worden ist es für Psychosen, also für schizophrene Erkrankungen. Unter anderem besagt das Modell, dass nur, weil eine Veranlagung zu einer seelischen Erkrankung vorliegt, aufgrund der Entwicklungsgeschichte usw., man nicht automatisch krank wird. Individuell unterschiedliche Belastungsfaktoren müssen hinzutreten, die dann etwa eine Depression auslösen.

DR: Das würde umgekehrt aber auch zutreffen, richtig? Man kann eine Veranlagung in sich tragen, kann aber so viel positive oder konstruktive Einflüsse erfahren, dass es sich in eine ganz andere Richtung entwickelt. Ähnlich, wie man bei Musikern sagt, 5% Veranlagung, 95% Üben.

PH: Völlig richtig. Dabei können die auslösenden Bedingungen ganz unterschiedlich sein. Es gibt ein Modell, das ich recht anschaulich finde, das Modell der "dominanten Bezugsperson". Da lernen die Kinder quasi nie, auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten, sondern versuchen immer, das zu tun, was den Eltern am besten gefällt. Ein Beispiel: Das Kind lacht, und der Mutter geht es ganz schlecht, da sagt die Mutter, wie kannst du lachen, mir geht es doch ganz schlecht, also bekommt das Kind ein schlechtes Gewissen und versucht, die Stimmung der Mutter zu verbessern, tut dafür möglicherweise Dinge, die es eigentlich nicht will, geht nicht spielen, sondern bleibt zu Hause, um die Mutter zu bespaßen. Wenn es dann damit erfolgreich ist, also Lob oder Genugtuung beim Anderen bemerkt, ist es geneigt, das zu übertragen. Diese Kinder versuchen, in der Schule immer gute Noten zu bekommen, damit die Lehrer zufrieden sind, später sind sie hervorragende

Arbeitnehmer, die immer alles tun, was der Arbeitgeber will und fleißig sind, weil es immer auf das Lob ankommt. Dabei sind sie komplett selbstlos und lernen nie, sich nach ihrer eigenen Bedürfnislage zu richten. Wenn dann die "dominante Bezugsperson" aber wegfällt, also durch Rente, oder weil der Partner stirbt oder wer auch immer diese Dominanz hatte, sind sie völlig orientierungslos. Wissen oft nicht einmal mehr, wozu habe ich eigentlich gerade Lust?

DR: Lässt sich das in Zusammenhang bringen mit der Tatsache, dass im Alter von ungefähr 60 Jahren die durchschnittliche Suizidalität am höchsten ist? Also Stichwort Rente, fehlende Bezugsperson, fehlende Aufgabe, man kann seiner Verantwortung nicht mehr nachkommen, fühlt sich nutzlos...

PH: Das würde in dieses Modell hineinpassen, das passt aber auch zu vielen anderen Modellen. Allgemein sind höheres Lebensalter, Gebrechlichkeit, Fehlen einer Aufgabe, Einsamkeit allesamt Faktoren, die die Suizidwahrscheinlichkeit erhöhen.

DR: Ohne Depression und Suizid gleichsetzen zu wollen, würde diese Aussage aber auch auf Depression bzw. Depressionsgefährdung zutreffen, richtig?

PH: Es würde die Wahrscheinlichkeit, depressiv zu erkranken, erhöhen, und das ist auch konkret nachweisbar. Ich habe aber drei Stationen, eine davon für Jugendliche zwischen 18 und 25 Jahren, dann eine für Patienten zwischen 25 und 50 und eine für über 50jährige. Und alle drei Stationen sind immer gut belegt. Das heißt also, ich habe auch erstaunlich viele Junge, auch jünger als 18, in einem Alter, in dem sie nicht mehr in die Kinder- und Jugendpsychiatrie wollen oder können. In dieser Altersklasse nehmen die psychischen Erkrankungen deutlich zu, was auch mit gesellschaftlichen Problemen zusammenhängt. Etwa mit Druck, den die jungen Leute erfahren, mit Erwartungen, die an sie gerichtet werden.

DR: Im von Ihnen beschriebenen "Anlage-Umwelt-Modell" spielt die Umwelt eine große Rolle. Alain Ehrenberg beschreibt Depression sogar als gesellschaftliche Erkrankung, ich glaube, wörtlich heißt es "Krankheit von Demokratie und Marktwirtschaft".

PH: Das sind Hypothesen, die ursprünglich aus den 70er Jahren stammen, aus der Sozialpsychiatrie, mit der verbreiteten These, es sei die Gesellschaft, die krank macht, und verantwortlich sei nicht das Individuum, und wenn wir die Patienten als "Kranke" identifizieren, sei das der falsche Weg, weil wir die Gesellschaft als Ganze verändern müssen. Es gibt aber nach meiner Kenntnis keine Gesellschaftsform, in der seelische Erkrankungen nicht vorkommen oder signifikant seltener sind als in anderen.

DR: Verstehe ich das richtig: auch in indigenen Gesellschaften oder bei sogenannten Urvölkern gibt es das Krankheitsbild?

PH: Ja sicher.

DR: Also, um ein fiktives Beispiel zu konstruieren, auch in einer Gesellschaft ohne Kontakt zu unserer sogenannten Zivilisation gäbe es depressive Menschen?

PH: Ja. Es gibt anthropologisch-medizinische, transkulturelle Untersuchungen und Studien, die bei indigenen Völkern Depressive finden.

DR: Ich möchte an diesem Punkt auf mein eigentliches Thema zu sprechen kommen. Der Grund für mich, Sie um das Gespräch zu bitten, ist mein Projekt zum Thema "Heimat". Das ist einerseits darin begründet, dass ich selbst aus Lippstadt stamme; andererseits interessiert mich die Frage der Herkunft nur begrenzt, mich treibt eher die Frage um, was "Heimat" generell bedeutet. Also einerseits für jeden etwas anderes. Andererseits kann man – wenn man für einen Moment davon absieht, dass "Heimat" auch ein Terminus und ein Gefühl ist, das benutzt und instrumentalisiert wird – festhalten, dass es bei den Beschreibungen durchweg um einen Raum von Geborgenheit und Angstfreiheit geht. Depression, denke ich in diesem Zusammenhang, kann man als einen Zustand beschreiben, in dem Geborgenheit und Angstfreiheit fehlen.

PH: Ich denke, da liegen Sie völlig richtig. Was ich als erstes differenzieren würde, sind die unterschiedlichen Begrifflichkeiten von "Heimat". Also der örtliche Begriff, der kulturelle Begriff, der soziale Begriff, und dann eben Heimat als emotionale Befindlichkeit, die aber sehr wohl von vielen anderen Dimensionen abhängig ist. Überspitzt könnte man sagen, jemand, der depressiv ist, hat seine innere Heimat verloren. Er fühlt sich bei sich selbst nicht mehr wohl, verliert die Vertrautheit zu sich selbst. Nicht nur das Vertrauen in sich selbst, sondern er fühlt sich "sich selber fremd", mag sich nicht mehr und kann sich weder nach außen noch nach innen sicher verorten.

DR: Verlorenheit.

PH: Verlorenheit, genau. Insofern spielt der Begriff Heimat im Rahmen von Depression eine große Rolle. Bei vielen Patienten, die bei uns in stationäre Behandlung kommen, geht es, auch, wenn das vielleicht etwas übertrieben klingt, erstmal darum, etwas "Heimatlichkeit" zu entwickeln.

DR: Zutrauen zu fassen. Eine Art Zuhause.

PH: Beheimatung in der Station, sich wohl und akzeptiert fühlen, den Eindruck haben, hier sind keine Feinde, ich bin mir sicher, was hier richtig und falsch ist, dass ich respektiert und toleriert werde. Es ist das Allerwichtigste, dass die Patienten so erstmal zur Ruhe finden und eine Möglichkeit bekommen, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen und sich analog zu der eben erwähnten Verlorenheit, um im Bilde zu bleiben, "wiederzufinden".

DR: Es gibt die Auffassung, dass Heimat eine Summe von Gewohnheiten ist. Das würde bedeuten, dass man, von einer Verlorenheit ausgehend, bei Ihnen ganz pragmatisch lernt, das ist mein Stift, das ist meine Tasse, das ist der Gang zur Toilette. Eine Summe von Gewohnheiten vermittelt eine gewisse Sicherheit und Geborgenheit.

PH: Bei vielen Depressiven geht nicht nur eine innere Heimat verloren, sondern gleichzeitig auch eine äußere Struktur.

DR: Nicht mehr aufstehen. Sich nicht mehr waschen.

PH: Genau das meine ich. Es ist für schon eine große Sicherheit und ein Halt, morgens aufzustehen, Körperpflege zu betreiben, zu frühstücken, Mittagessen zu bekommen und Abendbrot. Viele schwer Erkrankte sind damit auch erstmal völlig ausgelastet. Dazu kommt auch, nicht allein zu sein.

DR: Wenn ich das, was Sie sagen, auf die derzeitige, durch Corona geprägte Situation übertrage, also auf eine Situation, in der wir alle viel mehr als sonst dazu verurteilt sind, allein zu sein – dann muss das gerade auf depressiv Erkrankte doch einen unheilvollen Einfluss haben.

PH: Die Infektion selbst löst viele Ängste aus und lässt viele Dinge, die vertraut, also sozusagen "heimatlich" erschienen, plötzlich feindlich und fremd wirken. Im Unterscheid zu besser bekannten Erkrankungen kommen bei dieser neuen Krankheit weitere Unsicherheiten hinzu: Wo und wie stecke ich mich an? Es gibt ja auch völlig "normale" Menschen, die sich sinnfrei und total übermäßig zu schützen suchen. Aus einer Unsicherheit heraus. Die auch nicht gezielt und besonnen vorgehen. Das ist das Eine. Das Andere ist, dass die Welt aus den Fugen scheint, weil die gegen Corona gerichteten Maßnahmen das unterlaufen, was sonst unseren normalen Alltag ausmacht.

DR: Wenn ich davon ausgehe, dass es im Zusammenhang mit Depression unterschiedlich starke oder intensive, also auch sanftere Therapieformen und -verläufe gibt, würde das dafür sprechen, dass diese Situation, die zur Radikalisierung vieler Aspekte wie Einsamkeit führt, Depression allgemein, vor allem aber auch schwere Verläufe begünstigt.

PH: Natürlich. Viele Patienten kommen zu mir, weil sie genau das, was wir ihnen "beigebracht" oder was sie sich mit Mühe erarbeitet haben, unter Corona nicht mehr aufrechterhalten können.

DR: Beispielweise, sagen wir, regelmäßig Schwimmen gehen.

PH: Genau. Hobbys haben. Unter Leute kommen. Wir vermitteln den Patienten über Jahre und Jahrzehnte: Machen Sie Sport, gehen Sie in einen Verein, sehen Sie zu, dass Sie Leute treffen, Kegelclub, Fitnessstudio, gleich was, sehen Sie Ihre Familie, Ihre Freunde – und plötzlich ist genau das alles verboten. Kontakte, Aktivitäten, sinnvolle Dinge zu tun. Ich habe viele Patienten mit massivsten Existenzproblemen oder -ängsten, Selbständige, Kaufleute... Wer nicht gerade in der glücklichen Situation ist, im Krankenhaus zu arbeiten, muss ja Angst davor haben, dass keine Aufträge mehr kommen, keine Kunden mehr im Laden stehen oder, wie bei Ihnen vielleicht, Auftrittsmöglichkeiten verloren gehen...

DR: Und das betrifft die nächsten Jahre. Es ist ja nicht damit getan, dass alle irgendwann geimpft werden. All das, was im Moment an finanziellen Mitteln in Anschlag gebracht wird, wird irgendwann wieder eingespart. Da darf man sich nichts vormachen. In vielen Teilen der Gesellschaft verschlechtert sich die Situation nicht nur aufgrund der Krankheit selbst, sondern zusätzlich aufgrund der Maßnahmen und Vorschriften. Haben Sie, was Ihre Arbeit und die beschriebene Problematik angeht, den Eindruck, dass das gesehen wird?

PH: Das denke ich schon. Das ist auch in den Köpfen der Politiker, das kann nur niemand ändern. Man kann stattdessen ja nicht sagen, geht nach draußen und trifft euch weiter, dann seid ihr nicht depressiv, aber kommt durch die Infektion zu Tode. Die Situation ist fatal, man kann es nicht richtig machen. Wenn Sie versuchen, gegen die eine Krankheit vorzugehen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, die andere zu bekommen. Ein Beispiel: Bevor ich Patienten entlasse, lasse ich sie an den Wochenenden davor oder auch mal unter der Woche nach Hause gehen, damit sie ausprobieren können, wie es läuft. Um zu üben. Das darf ich jetzt nicht, das heißt, es gibt einen Kaltstart. Die Patienten sind bei mir

sechs Wochen oder länger, und die Entlassung bedeutet: Zack, spring ins Wasser und schwimm!

DR: Wenn wir noch einmal zurückkommen auf das Thema Heimat bzw. Heimatlosigkeit, dann gibt es doch auch eine ganz konkrete Heimatlosigkeit, etwa durch Flucht. Erleben Sie in diesem Zusammenhang auch depressive Krankheitsbilder?

PH: Oh ja. Wir haben sehr, sehr viele Flüchtlinge in Behandlung, und es sind wenige dabei, die schon in ihrem Heimatland in psychiatrischer Behandlung waren. Das mag z. T. auch an der mangelhaften Versorgung liegen. Das möchte ich aber bezweifeln. Viele sind einfach entwurzelt, wollen Fuß fassen, haben völlig unklare Erwartungen an das, was hier auf sie zukommt, haben großen Hoffnungen und gleichzeitig, trotz aller angebotenen Hilfen, große Schwierigkeiten, sich hier zurechtzufinden.

DR: Gibt es nach Ihrer Erfahrung auch Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft oder Fähigkeit, sich helfen lassen zu können? Vielleicht kulturelle Dispositionen, vergleichbar der Situation hierzulande noch vor 50 Jahren, als man eher sagte, ich gehe doch nicht zum Psychiater, ich bin doch nicht irre?

PH: Natürlich gibt es da Unterschiede. Ich begegne jungen Menschen aus Syrien oder Indien zum Beispiel, oder auch aus türkischen Familien, wo die Eltern sagen, das machst du nicht, da gehst du nicht hin, das kommt überhaupt nicht in Frage, das ist ehrenrührig, du hast doch keinen an der Waffel. Ähnliche Vorurteile gibt es aber bei Deutschen auch.

DR: Wo Sie schon den Glauben ansprechen. Der Glaube ist für viele auch eine Art Heimat.

PH: Für Menschen, die in ihrem Glauben verankert sind, ist dieser eine Art Resilienz- oder Schutzfaktor.

DR: Die Konstruktion, an ein Jenseits zu glauben – wir wissen alle nicht, was da kommt, ich bezeichne es einfach mal als menschliche Konstruktion, der Wahrheitsgehalt ist eine andere Frage –, diese Konstruktion ist auf jeden Fall hilfreich?

PH: Wer glauben kann, bewegt sich in einem relativ seligen Zustand. Es gibt unheimlich viel Sicherheit und Halt, wenn man Zuflucht suchen kann. Es gibt das Paradoxon, dass die wenigsten Menschen ewig leben möchten, aber die wenigsten wollen auch sterben. Weder das eine noch das andere. Da ist die Idee eines Lebens nach dem Tod etwas ganz Charmantes. Wenn ich mir vorstellen kann, nach dem Tod kann ich in einer Welt weiter existieren, die besser ist als das, was ich jetzt habe, und alles, was mich jetzt stört, habe ich da nicht – ja, was könnte mir denn mehr Hoffnung und Halt geben? Und in allen Religionen haben Sie auch Verhaltensvorschriften. Da wissen Sie, wie Sie sich verhalten sollen, was richtig und falsch ist, das macht die Sache sehr viel leichter.

DR: Und sie bieten Rituale.

PH: Rituale haben für uns vor allem den Effekt, die Dinge vertraut erscheinen zu lassen. Wenn ich z. B. ein Abschiedsritual habe, wenn ich also weiß, wenn man geht, gibt man sich die Hand, sagt Tschüss usw., dann brauche ich vorher noch nie Abschied genommen zu haben; ich weiß trotzdem, was zu tun ist, und habe nicht den Eindruck von etwas Neuem. Das macht die Hürde niedriger. Nehmen Sie Krankensalbung oder Beerdigung.

Sie haben den Eindruck, ich habe für diesen Ausnahmezustand ein Manual, eine Anleitung, die mir sagt, so und so bewältigst du das.

DR: Ein kulturell bedingtes Aufgehobensein. Wobei jegliche Rituale in der Gemeinschaft eine große Hilfe sein können, das kann auch ein wöchentlicher Chor sein, oder wenn man weiß, einmal im Jahr ist Weihnachten, oder jeden Sonntag gehe ich in den Gottesdienst und anschließend zum Früschoppen.

PH: Sicher. Ein fester Punkt in der Luft sozusagen. Das versuchen wir natürlich zu unterstützen, das ist ähnlich wie das, worüber wir vorhin sprachen, eine Tagesstruktur betreffend. Es gibt Sicherheit und Halt.

DR: Wie muss ich mir die Umsetzung konkret vorstellen? Angenommen, die unmittelbare Krise ist vorbei und ich werde entlassen. Mache ich mir zur Erinnerung Zettel an den Kühlschrank? Post-Its?

PH: Wir machen das schon von hier aus! Wenn die Patienten in der Nähe wohnen, was natürlich praktisch ist, können sie bestimmte Gruppen, also meinetwegen Chöre, von hier aus schon besuchen – solange nicht gerade Corona ist –, also Kontakt aufnehmen. Wenn man das erst für die Zeit nach der Entlassung plant, machen es die meisten nicht. Das ist dann ein schöner Plan, und wenn man zu Hause ist, schiebt man es immer weiter vor sich her, in drei Jahren hat man es immer noch nicht umgesetzt und wird möglicherweise wieder krank. Uns ist daher immer wichtig, dass die Patienten schon von hier aus damit anfangen oder wenigstens feste Termine vereinbaren. Damit sie sicher sind, ab nächsten Dienstag gehe ich jeden Morgen um acht Uhr schwimmen, und am besten kommt ein Freund mit, weil so eine äußere Verpflichtung mir hilft, das auch tatsächlich zu tun.

DR: Depression könnte man also auch beschreiben als Mangel an Gewohnheiten, ob in Gesellschaft oder allein. Im Buch "Du musst dein Leben ändern" spricht Sloterdijk davon, dass der Mensch das lernende Wesen ist, und beschreibt es als uralte Übe-Technik, dass Gewohnheiten nur abgelegt werden können, wenn neue an ihre Stelle treten.

PH: Ja, wobei die Begriffe Gewohnheit oder auch Ritual nicht tiefgreifend genug sind. Es geht um Verankerungen im Leben. Ich stelle mir das so vor, wie wenn ein Kind laufen lernt. Es muss erstmal lernen zu stehen, das muss erst klappen, dann kann es vielleicht vorsichtig Schritt vor Schritt setzen, es wird nicht von vornherein einfach auf zwei Beinen unterwegs sein.

DR: Wenn man, um noch einmal darauf zurückzukommen, Heimatlosigkeit einmal tiefgreifend erfahren hat und sich in gewisser Weise vielleicht auch zu Heimatlosigkeit bekennen kann, Heimat also nicht unbedingt mit einem bestimmten Ort identifiziert, sondern als Erfindung, aber auch als Verantwortung für Andere, bis hin zu einer Auffassung von globaler Verantwortung als Mensch – auch der Planet, für den wir gemeinsam verantwortlich sind, ist ja eine Heimat, dieser Gedanke rückt einem heute sehr nahe –; wenn man also diese zuerst genannte Heimat nicht mehr hat, die sogenannte Verwurzelung in Familie und Region, sondern jemand ist, der, wie es bei Hamsun heißt, "die Wurzeln hinter sich herschleift": Kann es für so jemand eine Art Heimatlosigkeits-Selbstbewusstsein geben, eine Erfindung quasi, die das Heimatgefühl ersetzen kann?

PH: So wie Sie beschreiben, dass jemand auf diese Weise die Heimatlosigkeit institutionalisiert, entwickelt er eine Identität als "Suchender". Dann würde man also

sagen: ich bin niemand, der sich irgendwo konkret beheimatet fühlt, und in der Folge sind das und das automatisch meine Grundprinzipien und Bezugspunkte – sondern ich bin definitionsgemäß ein Suchender.

DR: Dann könnte man seine "Heimat" auch im Zweifel, in der Suche und in der Heimatlosigkeit finden?

PH: Man findet dann die Heimat in der Heimat-Suche, weil es einem eine Identität als "Suchender" gibt. So, wie ich sonst eine Identität als Kölner oder Lippstädter habe, so suche ich mir einen anderen Schwerpunkt; der Effekt ist im Grunde der gleiche.

DR: Aber der Suchende wäre von vornherein dazu verdammt, an kein Ende zu gelangen.

PH: Ja, aber es gibt eine Rollenbeschreibung. Durch eine Heimat habe ich einen Effekt von Vertrautheit, von Maßgaben für Richtig und Falsch, von Sicherheit im Leben. Dadurch, dass ich ein Suchender bin, habe ich ebenfalls eine Zuordnung und weiß, wie ich mich verhalten will und kann.

DR: Das heißt, der Eine sucht sich eine Art Begrenztheit, vielleicht, weil er sie braucht, vielleicht auch, weil er es nicht anders kennt, der Andere sucht nach Grenzenlosigkeit oder Nomadentum, um darin auch eine Form oder Identität zu finden, die es ihm zu leben ermöglicht.

PH: Genau.

DR: Was für ein schöner Schlusspunkt für unser Gespräch. Vielen Dank.