

DEPRESSIONEN

Ein Übel in der Neuapostolischen Kirche, worüber von Amtsträgern nicht gesprochen wird, sind psychosomatische Erkrankungen und Depressionen in vielerlei Ausprägungen. Auch Alkoholismus und Ecclesiogene Neurosen sind in der Neuapostolischen Kirche unter Amtsträgern und Mitgliedern häufiger zu finden, als der Außenstehende zu erkennen vermag.

Wodurch wird das ausgelöst?

Auslöser sind die vielfachen ganz subtilen Zwänge in der engen Lehre der Neuapostolischen Kirche, welche im Lebensalltag kaum zu leben ist und die Gläubigen deshalb immer wieder in einen Zwiespalt stürzt, der innerlich die Seelen zerreißt. Ja, selbst Suizid lässt sich nachweisen, ausgelöst durch interne Abläufe im neuapostolischen System.

Auslöser ist auch die mangelnde echte Seelsorge, welche die in Seelsorge und Menschenführung nicht ausgebildeten Apostel und Amtsträger der Neuapostolischen Kirche oft nur in Floskeln und platten Reden sprechen lässt.

Hier das recht nachdenklich stimmende Rundschreiben von Bezirksapostel Fritz Schröder:

S 14/1991

Berlin, den 10. Mai 1991

Für die Bischöfe, Bezirksämter und alle priesterlichen Ämter

1

(nachträglich am 16.1.92 im ehemaligen Apostelbezirk Berlin-West verteilt)

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN (DEPRESSIONEN)

(Ablage Priesterordner unter A)

Liebe Brüder,

in der Vergangenheit erlebte ich des öfteren, dass Geschwister mit psychischen Krankheiten zu mir kamen und um Hilfe ersuchten. Es kam auch vor, dass Brüder dazu ihren Kommentar gaben, nachdem sie in der Seelsorge dieser Geschwister nicht zu Rande kamen: >>Hier muss der Apostel die Geister binden!<< Solche Bemerkungen gaben mir zu denken, denn eine psychische Erkrankung wird nicht durch die Löse- und Bidegewalt der Apostel verändert, sie ist vielmehr im Zuständigkeitsgebiet der Fachärzte angesiedelt.

[Anmerkung: Bezirksapostel Schröder spricht hier die mangelnde Fähigkeit der unausgebildeten Amtsträger und selbsternannten Apostel der Neuapostolischen Kirche an. Im Gegensatz dazu: Die Apostel der Bibel konnten psychisch Erkrankte und anderweitige Erkrankungen als Zeichen ihrer Befugnis heilen!]

Ich habe niemals versucht, diesen Geschwistern, die mit solchen Krankheiten zu mir kamen, ihre Vorstellungen und die Darstellung ihrer Belastungen auszureden. Die Eigenart dieser Erkrankungen ist, dass solche Menschen oft Bilder, Stimmen und Vorstellungen haben, die für sie existent, aber von uns nicht wahrnehmbar sind. Wir meinen, es handele sich um

>>Wahnvorstellungen<<, für die Betroffenen sind diese Dinge durchaus Wirklichkeit, weil ihnen ihr defektes Nervensystem¹ dieses so vorspielt.

Unsere Aufgabe ist es, diesen Geschwistern ihre Belastung als Krankheit oder auferlegtes Kreuz darzustellen und mitzuhelfen, dass dieses Kreuz tragbar wird. So, wie wir mit jedem Kranken Mitgefühl haben, so auch besonders mit psychischen Kranken, denn diese haben eine Last zu tragen, deren Härte und Grösse ein Gesunder nicht im entferntesten einschätzen kann.

Nun bringt unsere Zeit und ihre Umstände eine Zunahme dieser Erkrankungen mit sich. Bei unserer Seelsorgetätigkeit befassen wir uns mit **ALLEN** Lasten der Gotteskinder. Wir sind zwar nicht Ärzte des Leibes, sondern der Seele², aber da das Gotteskind Leib-Seele-Geist ist, berührt Seelsorge alle Gebiete.

Unserem Stammapostel ist es ein Anliegen, uns als Gottesknechte in jedweder Art zu unserer Aufgabe zu befähigen. Deshalb hielt ein Bezirksevangelist, der im natürlichen Beruf Arzt ist, vor den Bezirksaposteln bei der Bezirksapostelberatung in Nürnberg einen Vortrag über diesen Komplex.

Da außer wenigen Ärzten unter uns niemand den Vortrag richtig wiedergeben könnte, gebe ich Euch hiermit diesen in Eure Hände.

Wenn auch manche Begriffe für den Laien nicht ganz verständlich sind (man könnte auch mal ein Lexikon oder ein Buch zur Hand nehmen), so dürften doch die Grundgedanken klar werden:

- Die Krankheit behandelt der Arzt
- Der Gottesknecht stärkt und ermuntert die Gotteskinder und hilft durch Einfühlsamkeit, Verständnis und Gebet

Ich mache jedem Priester zur Auflage, diesen Vortrag zu lesen, auch wenn sich mancher nicht gerne mit schwierigen Dingen befasst. Ein Priester hat die Aufgabe, an seiner Befähigung zum Amt ständig zu arbeiten.[Frage: Ei, warum befasst sich ein neuapostolischer „Seelenarzt“ „nicht gern mit schwierigen Dingen“?]

Mit lieben Grüßen

E u e r

gez: *Fr. Schröder*

Anmerkung: Der Vortrag des Dr. Berger dient **NUR** zur internen Information, er ist nicht zur Diskussionsgrundlage mit anderen und auch nicht zur Verwendung bei Geschwistern gedacht³!

¹ Anmerkung: Verurteilt hier nicht Bezirksapostel Schröder, indem er den Betroffenen ein „Defektes Nervensystem“ unterstellt?

² Frage: Wie können neuapostolische Apostel und Amtsträger „Ärzte der Seele“ sein, da ihnen doch jegliche fachliche Ausbildung fehlt??

³ Anmerkung: Warum keine Diskussion darüber, warum keine Verwendung im Gespräch mit den anvertrauten Glaubensgeschwistern? – Angst vor peinlichen Fragen?

Neuapostolische Kirche

Thema: Psychische Erkrankungen (Depressionen)

Verfasser: Ingo Berger

1. Einleitung

Infolge der Zunahme psychischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten bedarf es einer zunehmenden Notwendigkeit der Abgrenzung zu einer seelischen Erkrankung. Damit der betreffend Erkrankte der entsprechenden Therapie zugeführt werden kann - der psychisch Kranke dem Arzt, der seelisch Kranke dem Seelsorger - bedarf es zuvor einer genauen Analyse und Differenzierung des Leib-Geist-Seele-Problems. [Anmerkung: Die unausgebildeten Ämter der Neuapostolischen Kirche können eine Analyse und Differenzierung aufgrund ihres Mangels nicht vornehmen!]

Zusammenfassung der oben beschriebenen Leib-Seele-Geist-Darstellung.

Bewusstes Erleben erfolgt unmittelbar, ohne Kenntnis von Gehirnprozessen; es kann anderen sprachlich mitgeteilt und damit Gegenstand wissenschaftlicher Überlegungen werden. Bewusstes Erleben setzt aber auch, wie viele wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, die Funktion des Gehirns voraus, es ist mit Gehirnvorgängen korreliert. Als wissenschaftlicher Kern des Leib-Seele-Geist-Problems ergibt sich somit die Frage: Welche Beziehungen stehen zwischen bewusstem Erleben einerseits und den physikalischen Zuständen und Prozessen im Nervensystem andererseits? Wenn auch alles darauf hindeutet, dass der Bewusstseinszustand in eindeutiger Beziehung zum Gehirnzustand steht, so folgt daraus doch noch nicht logisch zwingend, dass der seelische Zustand eines Menschen aus dem physikalischen Zustand seines Gehirns im Prinzip vollständig erschließbar sein müsste. Vielmehr kristallisiert sich heute heraus, dass die Leib-Seele-Geist-Beziehung mit endlichen Mitteln in einer endlichen Welt nicht ganz entschlüsselt (decodiert) werden kann, obwohl die Physik im Gehirn uneingeschränkt gilt, ist bewusstes Erleben durch rein objektivierende naturwissenschaftliche Analyse nicht vollständig zu erfassen. Ein dem neuen Wissensstand entsprechendes und eben darum bescheideneres Selbstverständnis der Wissenschaft führt schließlich auch zu dem entkrampften Verhältnis wissenschaftlicher Realität zu verschiedenen Religionen, oben auch zur NAK.

In jüngster Zeit hat insbesondere der Neurobiologe Eccles seelische Vorgänge postuliert, die unabhängig von physikalischen Vorgängen entstehen und auf physikalische Prozesse im Gehirn einwirken. Seelische Zustände sind zwar mit physikalischen Zuständen korrelierbar, aber nicht in jedem Fall aus ihnen ableitbar. Es zeigt sich also, dass es seelische Vorgänge gibt, die unabhängig von physikalischen Gehirnprozessen ablaufen. Es sollte auch der landläufig gemachte Fehler vermieden werden, seelische Äußerungen oder Zustände mit psychischen Reaktionen oder Zuständen gleichzusetzen. Psychische Zustände oder Reaktionen unterliegen der jeweils geltenden Physik im Gehirn. Sie laufen also nach einer nachvollziehbaren Reaktion ab, die sich als Kette von physikalischen, chemischen und biologischen Abläufen verstehen. Es besteht somit eine unmittelbare Abhängigkeit und gegenseitige Notwendigkeit von Leib und Psyche. Der seelische Zustand hingegen, wie oben erwähnt, muss als dritte Ebene, gelöst von Leib und Psyche angesehen werden. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass z. B. ein psychisch Kranker nicht auch gleich seelisch krank zu sein braucht. Dieses Problem

scheint, gerade aus dem Blickwinkel der NAK, besonders erwähnenswert. Ein psychisch erkrankter Mensch, aufgrund gestörter physiologischer und physikalischer Abläufe, kann durchaus ein intaktes gesundes Seelenleben besitzen. Als Beispiel sei ein Mensch angeführt, der aufgrund einer Gehirnerkrankung sich seiner selbst nicht bewusst ist und seine Reaktions- und Bewegungsabläufe rein mechanisch, reflektorisch ablaufen. Sollte ein solch erkrankter Mensch kein Seelenleben haben? Oder sollte ein solcher Mensch keine Möglichkeit haben, seine Seele im Sinn und Geist Jesu Christi formen und bilden zu lassen? Es wäre zu einfach, würde man dem Worte Gottes nur dann eine Wirkung zuschreiben, wenn es mit Hilfe von akustischen Signalen verbreitet und aufgenommen werden kann. Dann wären solche Menschen wirklich ohne Möglichkeit, ihr Seelenleben zu pflegen.

2 Allgemeine Grundlagen depressiver Erkrankung

1 . Die Häufigkeit depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung,

Depressive Verstimmungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Als umschriebenes psychiatrisches Krankheitsbild sind sie viel häufiger als bisher angenommen und dabei im Zunehmen begriffen. Nach Schätzungen der WHO sind bereits 5 bis 10 % der Weltbevölkerung davon betroffen, die an Depressionen leiden und einer entsprechenden Therapie bedürfen.

2. Was ist eine Depression?

Mit dem Wort Depression wird verschiedenes bezeichnet: niedergestimmtes Verhalten nach schmerzlichen Verlusten, eine gedrückte Stimmung in einer akuten Konfliktreaktion, verstimmt sein als Persönlichkeitseigenart aber auch ein unmotiviertes, den Betroffenen nicht erklärbares Herabgestimmtsein (Missbefindlichkeit, Unlust, Initiativlosigkeit, Apathie, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Resignation, Freudlosigkeit). Die Stimmung ist gedrückt, oft gepaart mit Angstgefühl. Es fehlt die Lebensfreude; das Dasein erscheint eintönig und farblos. Wer so empfindet, fühlt sich nicht nur psychisch herabgestimmt, er erlebt die Bedrückung auch körperlich und/oder seelisch. Er fühlt sich physisch abgeschlagen und matt, sein Organismus scheint nicht mehr so zu funktionieren, wie er das von ihm aus „guten Zeiten“ gewohnt ist. Eine depressive Empfindlichkeit ist ein gar nicht so seltenes Phänomen menschlichen Erlebens. Jedermann wird, wenn er sich selbst prüft, bestätigen, dass er alles bisher Geschilderte aus eigener Erfahrung kennt. Nur wer meint, dass das Leben allein positive Erfahrungen mit sich bringt, wird sagen, dass eine solche, oft als „Depression“ bezeichnete psychische Verfassung eine Erkrankung ist.

Andererseits reagiert der einzelne Mensch recht verschieden auf negative Lebenserfahrungen. Das hängt von seinem Naturell, seiner Persönlichkeitsstruktur ab. Es gibt Menschen, die eine pessimistische Grundhaltung haben, vieles tragisch nehmen, denen manches zur Last wird, was andere problemlos bewältigen. Dann gibt es Ereignisse, die selbst den stärksten Menschen erdrücken können, so z. B. schwere persönliche Verluste oder das Erleben einer (unheilbaren) Krankheit. Schließlich kann ein Mensch in eine tiefe depressive Stimmung geraten, ohne dass es für ihn selbst oder seine Umwelt irgendeinen konkreten Anhaltspunkt dafür gibt, dass dieses gerade jetzt und in dieser Form geschieht. Der Betroffene fühlt sich „krank“, er leidet unter einem Zustand, den zu beseitigen er selbst nicht in der Lage ist. Völlig fehl am Platz wäre in einem solchen Zustand also, würde der zuständige Seelsorger dem Kranken statt verständnisvoll lediglich mit Vorwürfen im Sinne von mangelndem Glauben

oder mangelnder Gebetsbereitschaft begegnen. Das sich Hineinversetzen in seinen Mitbruder, seine Mitschwester, ist die Grundvoraussetzung, ihn zu verstehen und ihm zu helfen. Häufig wird der Depressive nicht über seine Beschwerden sprechen wollen. So wie er diese vor seiner Umwelt zu verbergen versucht, wird er das auch seinem Seelsorger gegenüber tun. Er folgt damit dem Klischee, psychisch nicht intakt zu sein ist eher diskriminierend als an einer körperlichen Erkrankung zu leiden.

Um es noch einmal zu differenzieren: Eine Depression mit den o. g. Leitsymptomen wie Freudlosigkeit, Antriebsarmut, traurig gedrückte Stimmung etc. ist eine biologische Erkrankung des Gehirns. Eine seelische Erkrankung jedoch bedeutet immer mangelnder Glaube an Gott und die von ihm zum Vollendung des Werkes Gottes Beauftragten. Ein seelisch Kranker, der also keinerlei Glauben an Gott besitzt, kann organisch und psychisch ganz gesund sein. Jedoch würde, träte eine schwere organische Erkrankung ein, ein solcher Mensch mangels seines Glaubens also seiner seelischen Tragfähigkeit weniger schnell gesunden und schwerer erkranken. Umgekehrt kann jedoch auch eine psychische Erkrankung letztlich zu einer seelischen Störung führen, indem der Antriebslose, Freudlose nicht mehr zur rechten Aufnahme des Wortes Gottes und zum Gebet in der Lage ist.

3. Symptome der Depression

Das Kernsyndrom: ein Gefühl von deprimiert sein, bedrückt sein, herabgestimmt sein der psychischen Funktionen. Denken, Fühlen und Wollen sind eingeschränkt; der Depressive erlebt sich gefesselt, erdrückt. Das In-der-Welt-Sein, das Leben mit der Umwelt, die aktive Auseinandersetzung mit ihr, die Kommunikation sind gestört im Sinne einer Eingrenzung, einer dem eigenen Wesen erscheinenden Unfähigkeit zu gewohnter Teilnahme und Auseinandersetzung. Dem Nichtkönnen stellt ein rationales Wollen der Kranken gegenüber. D. h., der Depressive will ja den Gottesdienst besuchen, er will sich ja freuen, er will ja in der Mitarbeit stehen, er will ja beten. Aber das Nichtkönnen (aufgrund der Störung

des physikalischen und biologischen Ablaufes in seinem Gehirn) verhindert das. Die Spannung zwischen dem Wollen und dem Unvermögen bedeutet Leid. Der Kranke will leben, er will wahrnehmen, empfinden, denken, problemlösen, initiativ sein, hoffen und für seine Welt eine Perspektive haben. All das erscheint nun nicht mehr möglich. Er reagiert mit Resignation, Apathie, Angst und Unruhe und zeigt sich irgendwann, dass sein Leben in dieser Weise keinen Sinn mehr hat: er wird suizidal (selbstmordverdächtig). Jeder Depressive zeigt ein sehr individuelles, durch Geschlecht, Lebensalter, Persönlichkeitsstruktur, Bildungsgrad, Sozialstatus und zahlreiche situative Faktoren geprägtes Bild. Erst in einem vertraulichen Gespräch, oft erst nach Befragen, schildert er seine dann doch sehr eindeutig oft auf eine depressive Erkrankung hinweisenden Beschwerden.

Somatische Symptome: körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit, ständiges Müdigkeitsgefühl, Schlafstörungen, Schwitzen, Frieren, Appetitstörungen, Magendruck, trockene Schleimhäute, Übelkeit, Brechreiz, Druckgefühl in Hals und Brust (Globusgefühl, Schwere in der Brust), Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen etc...

4. Psychosoziale Auswirkungen depressiver Erkrankungen

Depressives Kranksein bewirkt eine Veränderung des In-der-Welt-Sein des Betroffenen. Sein bisheriges Verhalten sah anders aus. Gegenüber der Umwelt (Ehepartner, Familie, Freunde, Bekannte) zieht sich der Erkrankte zurück. Die Kommunikation wird reduziert bis zu ihrer völ-

ligen Aufgabe. Der Depressive ist stiller, weniger ansprechbar, er reagiert auf die Umgebung in ungewohnter Weise. Die Umwelt (auch Seelsorger) werden in der Regel primär mit Unverständnis reagieren, abwehren, das Verhalten des Depressiven nach den bisher benutzten Normen beurteilen, die für den Umgang mit gesunden Menschen gelten. In der Kommunikation zwischen dem Depressiven und seiner Umwelt kommt es zu Fehlinterpretationen, Missverständnissen und letztlich falschen Schlüssen. Das Verhalten des Depressiven wird als ein Nichtwollen, als charakterliche Schwäche, als Unvermögen des eigentlich Könnenden gedeutet. Er gerät in noch stärkere Abkapselung, noch tiefere Isolation; das Leiden wird noch grösser.

3. Ursachen depressiver Erkrankungen.

Es ist schwierig, alle bekannten Daten zu einer einheitlichen in sich schlüssigen Theorie der Depressionsentstehung zusammenzufassen. Da eine solche Sicht noch nicht möglich ist, ist von einer sog. multifaktorellen Genese depressiver Erkrankungen auszugehen. Das krankhafte depressive Reagieren wird als das Ergebnis verschiedenster, oft nebeneinander oder nacheinander ablaufender pathologischer Prozesse aufgefasst, die mit gehirnbedingten Veränderungen in eine gemeinsame Endstrecke münden.

1. Die genetische Disposition (erblich bedingte).

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit ist entsprechend grösser, wenn in der Verwandtschaft ebenfalls depressive Erkrankungen vorliegen, da genetische Faktoren für Funktionsstörungen der Neurotransmittersysteme und Neurohormone im zentralen Nervensystem verantwortlich sind. Je stärker die genetischen Dispositionen sind, desto weniger äußerliche Einflüsse reichen wahrscheinlich aus, um eine depressive Erkrankung ausbrechen zu lassen. Das gilt natürlich auch im umgekehrten Sinn: Je geringer die Depression ist, desto stärker müssen äußere Auslöser wirksam werden.

2. Biochemische und Neuroendokrinologische Ursachenfaktoren.

Eine zentrale Rolle spielen nach dem heutigen Kenntnisstand sie sog. biogenen Amine (Serotonin, Noradrenalin als bekannteste). Die biochemische Forschung hat gezeigt, dass während einer melancholischen Phase Serotonin und Noradrenalin im synaptischen Spalt verringert sind (zwischen zwei Nervenzellen). Endokrine Störungen (Drüsenfunktionsstörungen) während der depressiven Phase weisen darauf hin, dass in diesen Funktionsbereichen, die vom Zwischenhirn gesteuert werden, ebenfalls pathogenetisch relevante Veränderungen gegeben sind.

3. Chronobiologische Faktoren,

Seit je ist bekannt, dass während depressiver Erkrankungsphasen die Zeitstruktur, im engeren Sinne der Rhythmik biologischer (biochemischer, physiologischer) und psychischer Funktionen gestört ist.

4. Körperliche Erkrankungen als Ursachen oder Auslöser depressiver Störungen.

Es ist bekannt, dass durch unterschiedliche allgemeine Erkrankungen wie auch immer geartete Stoffwechselprozesse zu depressiven Syndromen führen können. Werden bei einem Kranken mit einem depressiven Zustand biostrukturelle Hirnveränderungen gesehen, spricht man von einer organischen Depression. Die organischen Depressionen nehmen deutlich erkenn-

bar zu. Das liegt wahrscheinlich in der wachsenden Zahl älterer Menschen, die mit steigendem Alter immer mehr unter organisch bedingten Allgemeinerkrankungen leiden.

5. Die psychische Entstehung depressiver Erkrankungen.

Gelegentlich kommt es in der Biographie eines Menschen zu fehlerhafter (neurotischer) Konfliktverarbeitung, die ihn zwar in der aktuellen Situation entlastet, letztlich aber doch zu Fehlhaltungen und Reifungsstörungen führt. Typische Konflikte in der Biographie spätdepressiver Menschen sind Beziehungsprobleme zu den Eltern, in denen die Geborgenheitsproblematik eine wesentliche Rolle spielt. Das Selbstwertgefühl scheint wenig ausgeprägt. Daraus resultiert ein angepasstes, jeden Konflikt vermeidendes Verhalten, eine Neigung, jedem alles recht zu machen. Wird dieses Ziel z. B. in Versuchs- oder Überforderungssituationen nicht erreicht, entsteht ein Gefühl von Unsicherheit, Missachtet werden und Schuld, wobei der Depressive selbst diesen Verhaltensmechanismus nicht durchschaut. Er leidet an sich selbst, gibt sich die Schuld für sein Versagen, gerät durch vermindertes Leistungsvermögen in eine sein depressives Erleben verstärkende negative Entwicklung bis hin zu einem tiefen depressiven Zustand mit Suizidgefahr.

Depressiv Erkrankte weisen außerhalb der depressiven Phase spezifische Persönlichkeitszüge auf. Sie sind häufig angepasste, hart arbeitende, pflichtbewusste, oft in Beruf und Familie erfolgreiche Menschen, deren psychische Fähigkeit sehr stark vom positiven Meinungsbild der Umgebung abhängt.

Die Dynamik, die zum Manifestwerden einer Depression führt, wird in allen psychoanalytischen Theorien zurückgeführt auf eine Wiederholung frühkindlicher, spezifisch traumatisierender Erfahrungen und die Wiederbelebung damit verbundener negativer Gefühlsassoziation.

6. Die seelische Entstehung depressiver Erkrankungen.

Seelisch krank ist ein Mensch, der nicht an Gott glaubt, sein Wort wahrnimmt und danach handelt. Ein Mensch, der sein Streben und Trachten rein auf das Natürliche, Irdische ausrichtet, wird leichter depressiv erkranken, wenn plötzlich unvorhersehbare Ereignisse (Krankheiten, berufliche Rückschläge etc.) eintreten. Beim religiösen, gläubigen Menschen ist ein Fundament aufgrund der Erkenntnisse nach dem Sinne seines Daseins vorhanden. Mit dieser Grundüberzeugung ist ein religiöser gottgläubiger Mensch viel eher in der Lage, Konflikte und Problemsituationen zu bewältigen. Selbst schwere und schwerste Erkrankungen können aufgrund der Einsicht nach dem Sinne des übergeordneten Lebens getragen werden. Ein seelisch Kranker jedoch, der weder an Gott noch an ein Weiterleben nach dem Tode glaubt, zweifelt am Sinn seines Lebens, wenn schwere Erkrankungen oder sonstige negative Ereignisse auf ihn einwirken. Ihm fehlt die Basis noch zu erkennen, worin die Sinnhaftigkeit eines Lebens besteht und wie er die Verlustsituationen oder schweren Erkrankungen ertragen soll.

In zahlreichen Studien ist belegt worden, dass gläubige, religiös motivierte Menschen organische oder/und psychische Erkrankungen wirklich rascher überwinden bzw. bearbeiten können und geheilt werden als solche, die nicht an Gott glauben bzw. kein intaktes Gebetsleben betreiben. Studien scheinen sogar zu belegen, dass gottgläubige, religiöse Menschen ihre immunologischen Kräfte wesentlich stärker aktivieren können als nichtgläubige Menschen.

4. Therapie depressiver Erkrankungen

Eine umfassende und offene Aufklärung ist von grundsätzlicher Bedeutung. Der Erkrankte soll ruhig und ohne falsche Beschönigung, die ohnehin nur Misstrauen und heimliche Befürchtungen nährt, aufgeklärt werden. Wichtig ist der Verzicht auf einige, immer wieder zu beobachtende Ratschläge, die zwar gut gemeint, aber unter Umständen von verheerender Wirkung sind. Es ist daher falsch, den Depressiven appellativ aufzufordern, sich zusammenzureißen, sich nicht gehen zu lassen, sich zu beherrschen, sich durchzubeißen, Haltung zu bewahren, Beispiel zu geben und anderes. [Anmerkung: Das sind typische Floskeln von neuapostolischen Amtsträgern, die mit solchen

Worten ihre Art der „Seelsorge“ betreiben] Die meisten Kranken sind ohnehin hoffnungslos, willensgeschwächt, entschlussunfähig, resigniert, gehemmt und ohne Initiative. Ein solcher missverständlicher Appell müsste die Verzweiflung des Erkrankten nur noch verstärken und die Suizidgefahr intensivieren.

Es ist falsch, den Depressiven zu Ablenkungs-, Aufheiterungs- oder Zerstreuungsversuchen zu animieren bzw. entsprechende Vorschläge zu machen. Für die Kranken ist es besonders deprimierend, wenn sie sich an nichts freuen können und dadurch noch Schuldgefühle entwickeln.

Es ist falsch, Depressive in Urlaub zu schicken. denn aufgrund ihrer Minderwertigkeitsgefühle und ihres Kontaktverlustes finden sie sich in fremder Umgebung kaum zurecht. Sie vereinsamen, engen sich in ihren Gedanken immer mehr auf ihre depressive Symptomatik ein und irren schließlich ratlos, resigniert, verzweifelt und ohne Hoffnung umher.

Es ist falsch, mögliche Wahnideen, insbesondere im Rahmen eines Versündigungs-, Krankheits- oder Verarmungswahnes dem Depressiven ausreden zu wollen. Der depressive Wahn ist mit logischen Argumenten oder Gegenbeweisen nicht zu korrigieren.

Es ist falsch, während der Depressionen wichtige Entscheidungen treffen zu lassen, auch wenn sie vom Kranken noch so dringend gefordert oder von der jeweiligen Lage nahegelegt werden. Häufig geht es um tiefgreifende und folgenschwere Entschlüsse (Ehe, Familie, Kauf oder Verkauf). Die Erfahrung lehrt, dass nach Abklingen der Depression die Mehrzahl der so unüberwindlich drohenden Schwierigkeiten und Konflikte weitgehend bewältigt werden kann - und zwar von einem Gesunden mit der gewohnten Konzentrationsfähigkeit und Entschlusskraft.

Vor allem ist es falsch, während des depressiven Zustandes irgendeine berufliche Änderung zuzulassen, es sei denn, sie dient dem eindeutigen Vorteil des Erkrankten.

Es ist falsch, dem Erkrankten mit dem Drohfinger der Gebärde mangelnden Glauben oder mangelndes Gebetsleben vorzuwerfen. Denn es sollte nicht vergessen werden, dass dem Nichtkönnen das rationale Wollen gegenübersteht. Die Vorwürfe infolge mangelnden Verständnisses der Problematik führen zu einer Vertiefung des depressiven Zustandes.

Es ist sicherlich falsch, wenn man den bequemsten Weg geht, indem man dem Erkrankten mittels Bibelaufschlagen ein entsprechendes Textwort zum Troste vorlesen möchte. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass oft Gegenteiliges bewirkt wurde. Es ist ja auch so wunderbar einfach, anstatt Verständnis und Hilfe vor dem Vorwurf mangelnden Glaubens,

mangelnden Gebetslebens vorzuwerfen und sich selbst aus der Verantwortung zu stellen, indem man die Heilige Schrift aufschlägt⁴, um den Willen Gottes zu erforschen

Von entscheidender Bedeutung wird es für jeden seelsorgerisch Tätigen sein, psychische und seelische Erkrankungen eindeutig voneinander zu trennen und differenzieren zu können⁵. Dabei bedarf der sich hier ergebende Problemkreis besonders behutsamer Analysierung und Betreuung. Das sich Verstehen und Hineinversetzen in Bruder und Schwester ist die Grundvoraussetzung für die erste Hilfe. Wir müssen uns immer wieder vergegenwärtigen, dass der erste Ansprechpartner auch der Seelsorger ist. Der Seelsorger, der das Krankheitsbild erkannt hat, wird Bruder oder Schwester umgehend zu ärztlicher Betreuung raten. Diese folgende medizinische Therapie wird durch flankierende Glaubensgespräche, Verstehen des sozialen Umfeldes und verbale Hilfestellung begleitet.

Grundsätzliche Anmerkungen:

Dr. Berger geht auf die Auswirkungen enger religiöser und sektiererischer Lehren **nicht** ein. Aus der Fachliteratur dürften ihm diese Auswirkungen bekannt sein.

Es ist verstiegen und eine haltlose Verurteilung (2/Absatz 3) wenn Dr. Berger aussagt, „eine seelische Erkrankung jedoch bedeutet immer mangelnder Glaube an Gott und die von ihm zur Vollendung des Werkes Gottes Beauftragten“. Er meint damit die NAK-Ämterhierarchie.

In den Selbsthilfegruppen in Deutschland sind Symptome wie unter „3/Somatische Symptome“ häufig von Aussteigern als bittere Erfahrungen am eigenen Leib genannt worden. Es sind böse Erfahrungen, welche durch die enge Lehre und die Starrheit der Amtsträger der NAK hervorgerufen wurden bei den Menschen, welche seit Kindheit an oder auch später im neuapostolischen System und durchaus im Glauben sich bewegten.

Es muss schon großer Druck in der Neuapostolischen Kirche herrschen in Bezug auf Depressionen und Suizid/Selbsttötung, dass der Bezirksapostel ein solches Papier in die Hand der Amtsträger gibt – doch warum nicht auch in die Hand der Mitglieder!?

⁴ Anmerkung: Hier wird das typische Verhalten unausgebildeter neuapostolischer Amtsträger umrissen, welche sich gern hochtrabend „Seelenhirten“ oder „Seelenärzte“ nennen

⁵ Anmerkung: Das ist Quatsch oder Quacksalberei. Eine solche Differenzierung kann nur ein ausgebildeter Mediziner vornehmen!!