
Hoping on Behalf of Hopeless Others: Depression and Suicidal Tendency as International Challenges

Cerēt to vārdā, kas zaudējuši cerību: depresija un suicīda tendence kā starptautisks izaicinājums

Klaus Kießling, Dr. habil. theol, Dr. psych. (Germany)

Having international perspective one can observe the increase of depressive diseases worldwide to a frightening extent that often ends in the suicide. Article deals with the characteristics of depression, explaining how and in which forms does depression spread. Suicidal tendency is an almost obligatory element of depressive experiences; therefore it becomes a challenge determining suicide rate in its international comparison. Author suggests that an analysis on depression and suicidal tendency can support the prevention of suicide and the crisis intervention, in the long-term to a pastoral care which awakens the necessity for hoping on behalf of hopeless people. Therefore article deals with analysis of depression, perspective on suicide in the international comparison as well describing possibilities of suicide prevention and crisis intervention in the perspective of pastoral care.

Key terms: depression, suicide, suicide prevention, crisis intervention, pastoral care, hope.

Introduction

Depressive diseases increase worldwide to a frightening extent – and it ends often in the suicide, if the concerned person loses his or her fight on life and death. What are the characters of depression? How does depression spread – and in which forms? Suicidal tendency is an almost obligatory element of depressive experiences. How can suicide rate be determined, especially in its international comparison? An analysis on depression and suicidal tendency can support the prevention of suicide and the crisis intervention, in the long run to a pastoral care which sets on hoping on behalf of hopeless others.

1. Depression

Feelings of guilt in the face of defaults and misdoings in the past, and the fear of the future belong to the experiences which are very typical for individuals in the depressive crisis. Life is postponed, lived and experienced in time gaps: “I sat in a corner and looked at the clock, after a few minutes again. Two and a half minutes passed by, while according to my estimation it would have been an hour. (..) I experienced the standstill of the time as the most tormenting symptom of my illness”¹.

Not only the experience of the time, but also the experience of the space has its own imprint in the depression: the depressing and downbeat heaviness takes the telephone which is nearby and the water glass in the kitchen far away.

Typical apperceptions of the body are feelings of gravity, stain and pressure. The body of a person carries his existence, but in the depression it reprobrates to a burdensome one and his world shrinks to a troublesome and gratingly one. This experience can lead to a full destruction of life, to the suicide.

All these are phenomena that can often be exposed, if the bustle of everyday life is withdrawn, mostly during the vacation period. It seems as if a depressed person does not enjoy his free time and as if he feels best when he suffers. Perhaps in vacations there are omitted structures and missing activities of everyday life, which lead to the fact that an otherwise covered dark basic mood takes the whole freed-up area.

The darkness in the life probably dips interpersonal relations into a negative attitude. This heaviness, this stress makes human activity weaken, brings disturbances on concentration or complete inability to act on itself, thus leading to further loads of the mood situation. This leads again to a self-devaluation and self-hate and thus gets connected with massive feelings of guilt: experience of lack of energy, helplessness, sleeplessness, lost of appetite, mopishness, uselessness, senselessness, hopelessness; all these “less-nesses” consolidate themselves ever more. The gap between these experiences and the ideal pictures of oneself become broader and deeper, as the direct ideal picture of human beings who have depression is characterized by large perfectionism, high performance demands and strong desires, longing after respect and love.

How common can the depressive illnesses be inflicted – and in which forms do they occur? The probability that humans in the course of their lives suffer a depression adds up in the industrialized countries to approximately 17%². Women get sick roughly twice as frequently as men: on the one hand, hormonal fluctuations of women make them more susceptible; on the other hand, it could play a role in this case that women could respond to their fears and anxieties more easily so that they could be classified as depressive more easily than men who set for their part rather by organic causes. The

occurrence of depressions can also be differentiated seasonally, for example, by the phenomenon of the so-called winter depressions, and also regional: in the European comparison the rates of suicide in Finland³ being in North lie very highly with its long and dark winters, but are low in comparison against warm and sunny areas such as Italy and Greece⁴. Depression occurs in all age groups, but its average occurrences of the first infection move down to the younger and younger – until to the groups of teens and children; especially young women in India and China seem to be affected⁵.

Speaking of characteristics of depression, there are three different types of it: acute, chronic and covered:

An *acute depression* shows a clear connection with a stressing event, for instance, the death of a loved person or the experience of violence.

With a *chronic depression* no demonstrably insulting causes are often present, rather frequent depressions in the family. This “adoption” of the depression of a father or a mother by a growing-up member in the family does not refer inevitably to a hereditary fate – but points out that the children and teens internalize the pattern of thoughts and communications of their parents and they inherit the wounds and traumata of their parents. All these experiences refer to the needs of a systemically oriented psychotraumatology⁶.

In the end, the *covered depression* is also called masked or larval depression: such people behave extreme, antisocial, and sometimes criminal. These expressions can be understood as desperate attempts of a human being to resist his or her own depression in a way that even the reference persons can hardly recognize this individual being as such – behind the mask of aggressiveness. This mask protects against one’s own intensive feeling and against the fact to come into contact with one’s own pain. Thus one repels aggressively the persons who dare to shake at this mask – and, unfortunately, the maybe appropriate suspicion of a depressive disease.

2. Suicide in the international comparison

Investigations on people who die by suicide in Germany reveal a high portion of depressive suffering at the time of their self-killing, approximately 40-60%⁷. In another perspective, 15% of the people who are linked up with depressions die by suicide: thereby the suicide rate, rising with increasing of age, lies with men continuously about two or three times as high as with women⁸. About 56% of the depressive female patients undertake a suicide attempt in the course of their illness⁹. Suicidal tendency proves itself as an almost obligatory element of depressive experiences. Depression and suicide are very closely connected¹⁰. The threat by this danger has the risk not only for the concerned people, but it threads also the people who as relatives or professional experts are associated with them; they come under immense pressure.

For a suicide rate, the statistics can just register the fact of self-killing alone which could be found out; the estimated number of unreported cases is certainly higher, as the drug consumption can and must be accounted as a covered suicide, as “suicide on rates”, and some traffic accidents are to be regarded as conscious or unconscious self-killing. In addition there are also some unclear kinds of deaths.

In the year 2001 about 11 156 humans died by suicide in Germany despite the easily declining numbers¹¹. The suicide rate in East Germany lies certainly higher than in West Germany; this situation should not be seen as a direct consequence of

the political turn of 1989, the comparatively high suicide rate was already determined before the Second World War in the areas of Sachsen, Sachsen-Anhalt and Thüringen. However, there were constantly low rates in Saarland and North Rhine-Westphalia. Wherefrom is this difference between the East and the West, is still unknown; what role do the religions play in this case, as the large part of areas in East Germany are called “Protestant heartland”?¹² Furthermore, it is also noticeable that the suicide rate in East Germany has a bigger fluctuation than in West Germany – for men as well as for women; – in the years after the reconstructing of the Berlin Wall the rate increases, whereas it goes down with the beginning of Perestroika¹³.

Men chose usually the crueler methods to commit suicide: they shoot themselves, cut open their pulse veins, throw themselves before a train; women poison themselves rather with medicines. They undertake certainly more suicide attempts than men, of which each tenth leads to a death.

The World Health Organization reports statistics¹⁴, which show clearly the suicide rates lie with men also internationally much higher than with women and continuously raises with age; again with both sexes (Figure 1¹⁵). The increase of suicide rates in the period of 1950-2000 can be regarded as quite stable for women; it lie annually with 5 or 6 suicides per 100 000 women. For men a continuous increase of 16 or 17 suicides results per 100 000 men in the year 1950; increasingly 28 suicides took place per 100 000 men in the year 2000 (Figure 2¹⁶).

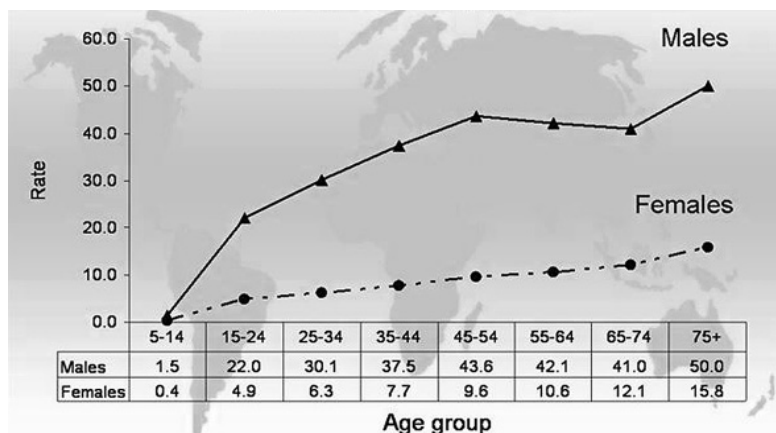


Fig. 1. Distribution of suicide rates (per 100 000) by gender and age, 2000

1. att. Pašnāvības koeficienta sadalījums (uz 100 000 iedz.) pēc dzimuma un vecuma, 2000. g.

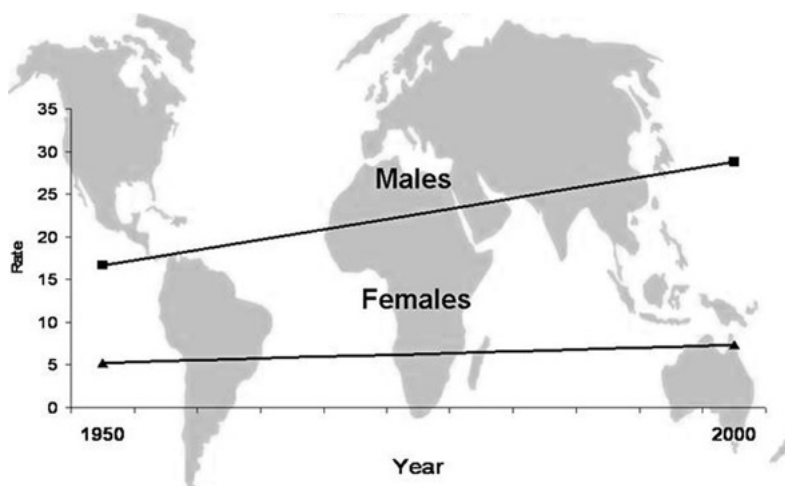


Fig. 2. Evolution of global suicide rates 1950-2000 (per 100 000)

2. att. Pašnāvības koeficienta globālā attīstība laikposmā no 1950.-2000. g. (uz 100 000 iedz.)

World-wide (Table 1; *see* Appendix) Lithuania keeps the sad record of altogether 94 suicides annually per 100 000 persons¹⁷. Then follows the Russian Federation with 81 and the Ukraine with 62 suicides per 100 000 persons, Belarus (“White Russia”) with 70¹⁸. In Latvia the comparative figure amounts to 60, in Estonia 58. The developments in the former countries of the Soviet Union testify substantial social influences on the suicide rate, however only with men, while the maximum of stability on comparatively low statistic level is seen in the numbers of women. It appears European-wide (and not only within Germany) an East-West downward gradient.

China and Germany are equal with the number of 27 or 28 suicides per 100 000 persons, and China has a different picture nevertheless¹⁹, as the suicide rate of women exceeds the one of the men. Besides, it lies three times higher in the rural areas than in the cities, with young women higher than of other age groups. Mainly concerned thus are the women living on the country in the age between 25 and 34 – of various reasons. Cultural reasons for it lie in the image of women of the Confucianism (three obedience obligations – as a girl to the father, as a wife to the married man and as a widow to the son; four virtues of chasteness, of linguistic correctness, of politeness and of fine hand talent) and also in traditional degrading of girls and women, so that they are regarded as humans of second class and that they can improve their position only by the birth of sons. In addition, there are some conjugal and family reasons: concretely the now and then still given institution of arranged marriages in rural areas, family conflicts and domestic violence (every third Chinese married woman becomes a victim of physical or mental attacks), excessive demand of women (the third of the women, who die by suicide, is illiterate), as most of them do not have an independent family on the countryside but leave their own origin family and enter into the family of their husband as a new member, but the man lives as a migratory worker in a city far away. Thus those women are crushed by household activities, by their children, by parents-in-law and by fieldwork, and become depressed. As depressions develop, concerned persons have an easy access to pesticides, which are used to kill insects

– and live in the areas where people know little about the suicide prevention. These could be important reasons for a high suicide rate among women in the countryside. Family members and friends of people who have committed suicide stay with huge mental sufferings. Due to the suicide of one's mother or father 160 000 children and young people under 18 live in China in a single-parent family – in spite of important improvements in the meantime: it is possible to speak of an increasing participation in education processes, in the social and political life as well as in except-domestic acquisition of work, changes of the family system, the establishment of a research and intervention center for psychological crises in Peking (Beijing) and the mechanism of crisis hotlines for concerned people.

4. Suicide prevention and crisis intervention

A central sign of endangerment is the direct or indirect announcement of self-killing, for example, the expression of losing all joy of life or hopelessness. Suicidal crises at early stage and suicide attempts, suicides of relatives or intimate friends increase the risk.

Possible causes are the acute loss of basic relations and the occurrence of unsolvable problems in interpersonal relationships and in family, at school, in the occupational and financial range and in particular, unemployment in times of the so-called economic “depression”.

Uncertainty concerning a possible suicide danger can be repaired only by direct, open and serious inquiry. Some inhibitions to speak about this topic directly result from the awareness of the fact that the verbalization of “suicide” in this time turns the latter in the sort of “presentable” – so that this paves only a deadly way out of hopelessly appearing crisis situation that the potentially endangered persons on their part would not have seized at all. Such motivated inhibition is completely unfounded; it underestimates the weight of suffering of a suicidal person, who will never commit suicide if he or she could see any other way out and hope. In the opposite: not inquiring and asking serious questions, but rather minimizing and “hushing up” the emergency need can end deadly.

As minimizing I think also of the wording of *free death*, which implies degrees of freedom that are not given in the case of emergency directly, and exactly this circumstance is it, which leads one into despair. While the term *free death* works heroically, the term *self-murder* is associated with the criminated effect; Latin “suicide” or German “Selbstentleibung” appear to me conceptually appropriate. Similar to the heart attack, for which there may be arrangements and factors which favor its occurring, I would like to speak of a psycho-attack, for which there may be an advance that the concerned person, however, has not chosen it freely.

As minimizing I would also think of an arranged suggestion for acutely endangered people to “read the diary entries from better times”²⁰, or the idea explaining a patient that “the thoughts of suicide are to be understood as a symptom of the depressive disturbance and can frequently not be reconstructed by the concerned person any more if the depressive episode fades away. This information is to help the patient in his hopelessness to a helpful distance”²¹. Even if these sentences originate from specialized books, I hold against it: in the crisis the concerned person does not believe any longer in “better times” – just this constitutes his or her hopelessness²².

With this objection I think also of the common concepts of depression therapy

which are set on “the power of realistic thinking”²³. These pretentious words seem to me rather hollow: the reality, which shows a certain mood, is a completely unique one, against which to fight cannot lie at least in the interest of a distressed person, because this so painful reality is in spite of everything the only one he or she knows, – who can dare to make it questionable? And even if non-depressive individuals consider this world being completely unrealistic, then they will have nevertheless to admit at least the perception ability of the other!

The counselor will accept that the world of the other looks in such a way at least for him as he describes it. And just this concession permits suffering persons to use their remaining strength differently: they needn't waste it any longer on the defense of their own (and for others maybe unbelievable) perception; thereby, they can get involved at least rudimentarily in new experiences.

This can finally lead entering in a successful process, so that the persons who suffer anyway even most strongly from that depression can just accept this process to happen, because the counselor does not force him or wring this decision from him. This way can be seen and described as joining the high song of finiteness, which releases from the chains of infinite perfection. Johann Michael Sailer (1751-1832), a famous theologian, says: “Pastoral Care is the crucial mood of our souls for the eternal affairs of humans”²⁴. The human finiteness certainly belongs completely to those eternal affairs!

It can provide discharge for humans suffering from depression, if they are allowed to verbalize and express their fight on live and death, because the counselor shows that he or she knows about the weight of depressive illnesses. Please remember:

- questions about whether suicidal thoughts occur at all;
- questions about the method of suicide: counselor often finds longings for peace, for fusion with God or with a deceased person, alienation from whom seems to proceed into death, specific suicide ideas, revenge feelings and different – also appellative – intentions;
- questions about the details of suicide ideas: they can be still quite vague or lead into a very detailed plan;
- questions if these suicide ideas can be controlled or not: some endangered ones describe these ideas as not subjected to his or her own will, just like a “shot” in mind;
- questions about the earlier suicide attempts: counselor can clarify how previously the former suicidal crises were – at least temporarily – managed;
- questions about what keeps them alive: thereby play a role, for example, the promise to the partner not to leave him or her alone, the responsibility of their own family or for the occupation, and also the hope remaining in spite of everything for overcoming the acute crisis;
- finally, questions about the future prospects, if the discussion could progress already up to then: what changes in my life are important to me? How should it look like in one year?

Special caution is required if a deceiving peace occurs: it is not deceiving when it refers to relaxation; it is deceiving rather because this peace and this relaxation do not follow straightly from the crisis recovery, but from the resolution to commit sui-

cide. This danger is rising when a person's mood begins to change, especially owing to mood-alleviating or lightening medication, and a person's strength being sufficient for terminating one's own life.

Human beings when finding themselves in this tendency, which really seize them in every relationship of theirs, urgently try to distinguish or find their own voice: depression can be expressed so that depression turns into expression. Acute danger for committing suicide requires for immediate crisis intervention:

- for creating discussion possibilities and addressing the suicidal mood in questions directly and empathically, so that the destructive impulses can be brought up for discussing and emotional tensions be diminished;
- for evaluating one's own competence in a contact with the endangered persons and for forwarding them if necessary, only without dispatching them away;
- for inducing the threatened person in his life to consult a physician or a doctor who decides on ambulatory or stationary treatment, possibly on (obligation –) the briefing into a psychiatric hospital as well as on medical support;
- finally, for winning support by intimate reference persons as well as to strengthen connections to life and in life, where lack of religious connection also works as a factor of risk.

Besides, longer processes require that both sides – supporting and supported persons – come to an agreement concerning the question what is to happen if during this common process an acute endangerment arises and a person literally see no light at the end of the tunnel. Besides, it can become indispensable that supporting persons are accessible all the time, at least during the crisis intervention, or daily address themselves to the endangered people; they care in vacation times for the operational presence of another person who is accessible in acute states of distress, and prepare this contact in time.

Hoping on behalf of hopeless others²⁵

As a counselor you will not leave your neighbour suffering from depression alone, alone in a vicious circle of self-accusations and self-destruction. You will also renounce instructions because they cannot reach humans in their depressive worlds at all, but rather give them the (perhaps appropriate!) feeling being not understood. In this case, advices help only to those who give them, because the givers dissociate themselves thereby from the indirectly threatening darkness of the world of the other! When accompanying the other in long distances through darkness, a rather long breath is needed, as well the long courage and the considerable hope of a companion for one light-touch on the horizon.

The larger the darkness, the more light is needed – this strategy sounds so feasible, but is so little helpful. An invasive “light therapy” would look completely unreal to the people in mental darkness; it would dazzle but not warm. They need light in compatible doses, light which comes up interpersonally, light in which people can trust.

“First of all: in the all-heaviest hours the faith no more played a role at all. My understanding and my will may continuously have affirmed it, but for my heart it was unattainable. It had no consoling effect; it gave no answer to the tormenting questions, no assistance. Yes, in the opposite: not the faith carried me, but I had to carry my faith. But, there was some assistance: in rare, but then really comfort-rich hours it meant

much that others prayed for me. It was thus less my faith than the faith of others, the for-pray of others, which played a role on the way to my recovery.”²⁶

Could the task lie then not in hoping on behalf of hopeless others, if desperate humans see no more future for themselves, carry no more hope in themselves? Concretely: if my life threatens to sink in darkness, I need humans who turn to be a light for me, who set their hope into my life and into God’s possibilities with me – despite everything. Only if I can feel how others trust me and my future, only if the other keeps my little hope carefully burning, only then I will be able to draw again a hope for myself. Hope gives life – therefore it is vitally necessary that others hope for me, at least until I am hoping again: affectionate neighborhood and loyalty can open space and give time for hoping again and point out the way to light from darkness which tends to break down any sign of life. But nevertheless, the insight for counselors and other experts, for family members and friends remains just as inevitable as intolerable: a depression is a fight on life and death; and humans can die from it.²⁷

REFERENCES AND BIBLIOGRAPHY

1. Kuiper, Piet. (1995) *Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters*. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Vlg., S. 168f.
2. See Martin Hautzinger. (1998) *Depression (Fortschritte der Psychotherapie; Bd. 4)*. Göttingen: Hogrefe, S. 13-18.
3. Arto Paasilinna’s novel “Der wunderbare Massenselbstmord” (4th edition, Bergisch Gladbach: Lübbe, 2006) gives us a very interesting discussion about the suicidal tendency in Finland.
4. See the German Research Network on Depression and Suicidality (*Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität*) available at: <http://www.kompetenznetz-depression.de/>
5. Information from Karl C. Mayer. *Suizidalität – Ist Selbstmord das Produkt einer freien Entscheidung?* In: <http://www.neuro24.de/d12.htm> (Karl C. Mayer, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse).
6. See Franz Ruppert. (2002) *Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie*. München: Kösel-Verlag.
7. See Manfred Wolfersdorf. (1995) *Depression. Verstehen und bewältigen*, 2nd edition. Berlin: Springer, S. 157.
8. See Manfred Amelang. (1986) *Sozial abweichendes Verhalten. Entstehung – Verbreitung – Verhinderung*. Berlin: Springer, S. 344-409, especially 354-356 and 386-390. The development of the suicide rate with increasing of age is moving in the opposite directions to the age distribution of suicide attempts, which do not end lethally: their number decreases with rising of age.
9. See Andrea Ruppe, Ferdinand Keller & Manfred Wolfersdorf. (1995) *Suizid und Suizidversuch im Langzeitverlauf endogener und nicht-endogener Depressiver*. In: Manfred Wolfersdorf & Werner Felber (Eds.). *Psychose und Suizidalität (Suizidologie; Vol. 2)*. Regensburg: S. Roderer, S. 167-180, especially 177.
10. See Petteri Sokero. (2006) *Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Pa-*

- tients with Major Depressive Disorder (Publications of the National Public Health Institute; Vol. 13). Helsinki: National Public Health Institute.
11. See the data of the Federal Statistical Office (*Statistisches Bundesamt Deutschland*) available in: <http://www.statistisches-bundesamt.de> (former: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>)
 12. See Georg Fiedler. Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten 2005. In: www.uke.uni-hamburg.de/extern/tzs/online-text/daten.pdf (Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie, Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf).
 13. See Prof. Werner Felber. Suizid-Statistik. Aktuelle statistisch-epidemiologische Daten mit Kommentaren. In: http://psychiatrie.uniklinikum-dresden.de/suizidambulanz/pdf/statistik_DGS-HP.pdf (Die Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dr. med. Werner Felber).
 14. See the Report of World Health Organization (WHO) available in: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (WHO/Programmes and projects/ Mental health/ Suicide prevention and special programmes/ Suicide prevention (SUPRE)).
 15. Source: Ibid, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates_chart/en/index.html
 16. Source: Ibid, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/evolution/en/index.html
 17. The data of the WHO in European Mortality Database (MDB) (WHO Regional Office for Europe) available at: <http://data.euro.who.int/hfamdb/> – show that the suicide rate rises clearly at the beginning of the nineties, not only in Lithuania, but also in Estonia; however it drops back in the subsequent years to the level of the eighties only in Estonia, while it remains high in Latvia.
 18. See WHO data (Table 1 at the Appendix of the article – Suicide Rates (per 100 000), by country, year, and sex; as of June 2004) from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/Figures_web0604_table.pdf.
 19. See Wei Zhang. (2005) *Sozialwesen in China*. Hamburg: Dr. Kovač Verlag, especially S. 118-124 and 136f.
 20. Schramm, Elisabeth. (1998) *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*, 2nd edition. Stuttgart-New York: Stuttgart Schattauer, S. 245.
 21. Schramm, 1998, 244.
 22. See Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw & Gary Emery. (1986) *Kognitive Therapie der Depression*, 2nd edition. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union.
 23. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1986, 334.
 24. Sailer, Johann M. (1812) *Vorlesungen aus der Pastoraltheologie*, Vol. 1, 3rd ed. München: I. J. Lentner, S. 9.
 25. See Klaus Kießling. (2002) *Seelsorge bei Seelenfinsternis. Depressive Anfechtung als Provokation diakonischer Mystagogie*. Freiburg i. Br.: Herder.
 26. Weber-Gast, Ingrid. (1978) *Weil du nicht geflohen bist vor meiner Angst: Ein Ehe-*

paar durchlebt die Depression des einen Partners. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, S. 32f.

27. Thanks to Peter Du Jingnong and Charles Davis who supported the translation of the article.

Appendix / Pielikums

Table 1/ 1. tabula

Suicide Rates (per 100 000), by country, year and sex. As of June 2004

Pašnāvības koeficients (uz 100 000 iedz.) pēc valsts, gada un dzimuma.

Uz 2004. g. jūniju

Country / Valsts	Year/ Gads	Males/ Vīrieši	Females/ Sievietes
ALBANIA / Albānija	'01	5.5	2.3
ANTIGUA AND BARBUDA / Antigva un Barbuda	'95	0.0	0.0
ARGENTINA / Argentīna	'96	9.9	3.0
ARMENIA / Armēnija	'02	4.0	0.7
AUSTRALIA / Austrālija	'01	20.1	5.3
AUSTRIA / Austrija	'02	30.5	8.7
AZERBAIJAN / Azerbaidžāna	'02	1.8	0.5
BAHAMAS / Bahamas	'95	2.2	0.0
BAHRAIN / Bahreina	'88	4.9	0.5
BARBADOS / Barbadosa	'95	9.6	3.7
BELARUS / Baltkrievija	'01	60.3	9.3
BELGIUM / Beļģija	'97	31.2	11.4
BELIZE / Beliza	'95	12.1	0.9
BOSNIA AND HERZEGOVINA / Bosnija un Hercegovina	'91	20.3	3.3
BRAZIL / Brazīlija	'95	6.6	1.8
BULGARIA / Bulgārija	'02	25.6	8.3
CANADA / Kanāda	'00	18.4	5.2
CHILE / Čīle	'94	10.2	1.4
CHINA (Selected rural & urban areas) / Ķīna (izvēlēti lauku un pilsētu apgabali)	'99	13.0	14.8
CHINA (Hong Kong SAR) / Ķīna (Honkongas īpašais administratīvais rajons)	'99	16.7	9.8
COLOMBIA / Kolumbija	'94	5.5	1.5
COSTA RICA / Kostarika	'95	9.7	2.1
CROATIA / Horvātija	'02	30.2	10.0
CUBA / Kuba	'96	24.5	12.0

Table 1 continued / 1. tabulas turpinājums

Country / Valsts	Year/ Gads	Males/ Vīrieši	Females/ Sievietes
CZECH REPUBLIC / Čehija	'01	26.0	6.3
DENMARK / Dānija	'99	21.4	7.4
DOMINICAN REPUBLIC / Dominikānas Republika	'94	0.0	0.0
ECUADOR / Ekvadora	'95	6.4	3.2
EGYPT / Ēģipte	'87	0.1	0.0
EL SALVADOR / Salvadora	'93	10.4	5.5
ESTONIA / Igaunija	'02	47.7	9.8
FINLAND / Somija	'02	32.3	10.2
FRANCE / Francija	'99	26.1	9.4
GEORGIA / Gruzija	'00	4.8	1.2
GERMANY / Vācija	'01	20.4	7.0
GREECE / Grieķija	'99	5.7	1.6
GUATEMALA / Gvatemala	'84	0.9	0.1
GUYANA / Gajāna	'94	14.6	6.5
HONDURAS / Hondurasa	'78	0.0	0.0
HUNGARY / Ungārija	'02	45.5	12.2
ICELAND / Islande	'99	17.3	5.1
INDIA / Indija	'98	12.2	9.1
IRAN / Irāna	'91	0.3	0.1
IRELAND / Īrija	'00	20.3	4.3
ISRAEL / Izraēla	'99	9.8	2.3
ITALY / Itālija	'00	10.9	3.5
JAMAICA / Jamaika	'85	0.5	0.2
JAPAN / Japāna	'00	35.2	13.4
JORDAN / Jordānija	'79	0.0	0.0
KAZAKHSTAN / Kazahstāna	'02	50.2	8.8
KUWAIT / Kuveita	'01	1.9	0.9
KYRGYZSTAN / Kirgizstāna	'02	19.1	4.0
LATVIA / Latvija	'02	48.4	11.8
LITHUANIA / Lietuva	'02	80.7	13.1
LUXEMBOURG / Luksemburga	'02	28.6	10.2
MALTA / Malta	'02	5.6	4.0
MAURITIUS / Maurīcija	'00	18.8	5.2
MEXICO / Meksika	'95	5.4	1.0
NETHERLANDS / Nīderlande	'00	12.7	6.2
NEW ZEALAND / Jaunzēlande	'00	19.8	4.2
NICARAGUA / Nikaragva	'94	4.7	2.2

Table 1 continued / 1. tabulas turpinājums

Country / Valsts	Year/ Gads	Males/ Vīrieši	Females/ Sievietes
NORWAY / Norvēģija	'01	18.4	6.0
PANAMA / Panama	'87	5.6	1.9
PARAGUAY / Paragvaja	'94	3.4	1.2
PERU / Peru	'89	0.6	0.4
PHILIPPINES / Filipīnas	'93	2.5	1.7
POLAND / Polija	'01	26.7	4.3
PORTUGAL / Portugāle	'00	8.5	2.0
PUERTO RICO / Puertoriko	'92	16.0	1.9
REPUBLIC OF KOREA / Korejas Republika	'01	20.3	8.6
REPUBLIC OF MOLDOVA / Moldovas Republika	'02	27.9	5.2
ROMANIA / Rumānija	'02	23.9	4.7
RUSSIAN FEDERATION / Krievijas Federācija	'02	69.3	11.9
SAINT KITTS AND NEVIS / Sentkitsa un Nevisa	'95	0.0	0.0
SAINT LUCIA / Sentlūsija	'88	9.3	5.8
SAINT VINCENT AND THE GRENADINES / Sentvinsenta un Grenadīnas	'86	0.0	0.0
SAO TOME AND PRINCIPE / Santome un Prinsipi	'87	0.0	1.8
SEYCHELLES / Seišelu republika	'87	9.1	0.0
SINGAPORE / Singapūra	'01	11.5	6.9
SLOVAKIA / Slovākija	'01	22.2	4.0
SLOVENIA / Slovēnija	'02	44.4	10.5
SPAIN / Spānija	'00	13.1	4.0
SRI LANKA / Šrilanka	'91	44.6	16.8
SURINAME / Surinama	'92	16.6	7.2
SWEDEN / Zviedrija	'01	18.9	8.1
SWITZERLAND / Šveice	'00	27.8	10.8
SYRIAN ARAB REPUBLIC / Sīrijas Arābu Republika	'85	0.2	0.0
TAJIKISTAN / Tadžikistāna	'99	4.2	1.6
THAILAND / Taizeme	'94	5.6	2.4
TFYR MACEDONIA / Bijusī Dienvidslāvijas Republika Maķedonija	'00	10.3	4.5
TRINIDAD AND TOBAGO / Trinidāda un Tobāgo	'94	17.4	5.0

Table 1 continued / 1. tabulas turpinājums

Country / Valsts	Year/ Gads	Males/ Vīrieši	Females/ Sievietes
TURKMENISTAN / Turkmenistāna	'98	13.8	3.5
UKRAINE / Ukraina	'00	52.1	10.0
UNITED KINGDOM / Apvienotā Karaliste	'99	11.8	3.3
UNITED STATES OF AMERICA / Amerikas Savienotās Valstis	'00	17.1	4.0
URUGUAY / Urugvaja	'90	16.6	4.2
UZBEKISTAN / Uzbekistāna	'00	11.8	3.8
VENEZUELA / Venecuēla	'94	8.3	1.9
ZIMBABWE / Zimbabve	'90	10.6	5.2

Source: from WHO Suicide prevention (SUPRE) programme / Avots: Pasaules Veselības organizācijas Pašnāvību novēršanas (SUPRE) programmas dati: available at:/ pieejami: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/Figures_web0604_table.pdf

Cerēt to vārdā, kas zaudējuši cerību: depresija un suicīda tendence kā starptautisks izaicinājums

Kopsavilkums

Depresīvās saslimšanas visā pasaulē pieaug līdz biedējošai pakāpei un tās parasti beidzas ar pašnāvību, gadījumā ja to skartais cilvēks zaudē savu cīņu par dzīvību un nāvi. Suicidālā tendence ir gandrīz vai neatņemama depresīvās pieredzes sastāvdaļa, tādējādi par aktuālu izaicinājumu kļūst pašnāvības rādītāju noteikšana un salīdzinājums starptautiskā līmenī, cenšoties izprast, kā un kādās formās depresija izplatās. Depresijas un suicīda tendences izpēte var palīdzēt pašnāvības novēršanai un krīzes intervencei, ilgtermiņā raugoties uz pastorālaprūpes iespējām, kas dod iespēju cerēt to vārdā, kas zaudējuši cerību.

Depresija. Vainas sajūtas par neveiksmēm un kļūdainu rīcību pagātnē, kā arī bailes no nākotnes raksturo tās pieredzes, kas ir ļoti tipiskas indivīdiem depresīvas krīzes stāvokļos. Dzīve ir it kā iekavēta, atlikta, cilvēks apziņā piedzīvo laika pārrāvumus. Ne tikai laika, bet arī telpas uztvere depresijas rezultātā tiek iespaidota; tipiskākās ķermeņa apersepcijas šādā situācijā ir smaguma un spiediena sajūta. Ķermenis iznes cilvēka eksistenci, taču depresijas stāvoklī tas kļūst par apgrūtinājumu un indivīda pasaule pārvēršas par apgrūtināšanu, kaitinošu un traucējošu. Tādējādi šāda pieredze var novest līdz pilnīgai cilvēka dzīves destrukcijai, līdz pašnāvībai.

Visi šie fenomenī parasti rod savu izpausmi atvaļinājuma laikā, kad cilvēks ir atbrīvojies no ikdienas kņadas un burzmas; rodas sajūta, ka depresīvs cilvēks nespēj gūt baudījumu no brīvā laika iespējām un it kā pat jūtas labāk, kad viņam ir ciešanas. Parasti atvaļinājuma laiks netiek papildīts ar darba ikdienai raksturīgām aktivitātēm un nodarbēm, kas tad arī noved pie situācijas, kurā citādi slēptais drūmais pamatā esošais noskaņojums aizpilda radušos brīvo apziņas vietu.

Visādā ziņā neskaidrība dzīvē starppersoniskās attiecības iekrāso negatīvi. Radies smagums un stress pavājina cilvēka aktivitāti, rada koncentrēšanās traucējumus vai arī pilnīgu nespēju rīkoties pašam, kas noved pie papildus apgrūtinājumiem atkarībā no noskaņojuma. Tas savukārt noved pie cilvēka pašvērtības mazināšanas, sevis ienīšanas un nicināšanas, tādējādi radot pamatu masīvai vainas apziņai un tai sekojošām sajūtām un stāvokļiem, proti, spēka zudumam, bezpalīdzībai, bezmiegam, ēstgribas zudumam, nomāktībai, nevajadzīguma, bezjēdzības sajūtai un bezcerībai; visi šie trūkumi ar laiku nostiprinās aizvien spēcīgāk. Plaša starp šīm negatīvajām pieredzēm un cilvēka ideālajiem priekšstatiem par sevi kļūst aizvien lielāka un dziļāka, ņemot vērā, ka cilvēka, kuram ir depresija, ideālo sevis redzējumu raksturo liels perfekcionisms, augstas prasības pret sevi, kā arī noturīga vēlme pēc cieņas un mīlestības.

Iespējamība, ka cilvēki savas dzīves laikā cieš no depresijas, industrializētajās valstīs sastāda aptuveni 17% gadījumu; sievietes saslimst gandrīz divreiz vairāk gadījumos nekā vīrieši. Depresijas rašanos var ietekmēt arī sezonālie apstākļi, piemēram, tā sauktā ziemas depresija, kā arī reģionālās parādības; cilvēki aukstajās ziemeļu valstīs slimo ar depresiju salīdzinoši vairāk nekā cilvēki siltajās dienvidu zemēs. Depresija ir raksturīga visām vecumgrupām, taču vidējais vecums, kurā parādās pirmie depresijas aizmetņi, konstanti pazeminās, kļūstot arvien agrāks, un ir jau sasniedzis bērnu un pusaudžu vecumgrupu; īpaši depresija skar jaunās sievietes Indijā un Ķīnā.

Pastāv trīs dažādi depresijas veidi: 1) *akūtā depresija*, kas parāda skaidru sa-

saisti ar spriedzes pilnu notikumu dzīvē, piemēram, tuva cilvēka nāvi vai vardarbības pieredzi; 2) *hroniskā depresija*, kurā savukārt parasti nav pamanāmi ievainojoši notikumi, drīzāk biežas depresijas ģimenē. Šādējāda augoša ģimenes locekļa tēva vai mātes depresīvā noskaņojuma “pieņemšana” neattiecas obligātā kārtā uz pārmantojamību – taču norāda, ka bērni un pusaudži internalizē savu vecāku domu un savstarpējās komunikācijas modeļus, kā arī iemanto savu vecāku ievainojumus un traumas; 3) un pēdējā ir *slēptā depresija*, ko dēvē arī par maskēto depresiju: šādi cilvēki uzvedas ekstrēmi, antisociāli un dažreiz krimināli. Šie viņu centieni var tikt saprasti kā izmisīgi mēģinājumi pretoties savai depresijai, ka pat cilvēki, kuri kontaktē ar viņiem, ar grūtībām (aiz viņu agresivitātes maskas) nespēj pamanīt šajos cilvēkos slēptās depresijas pazīmes. Šī maska viņus aizsargā pret spēcīgajām izjūtām, kas viņus iekšēji moka, kā arī pret iekšējo ciešanu atzīšanu.

Pašnāvība starptautiskā salīdzinājumā. Pētījumi par cilvēkiem, kuri mirst no pašnāvības Vācijā, atklāj augstu depresīvu ciešanu līmeni uz pašnāvības brīdi, apmēram 40-60% gadījumu. No citas puses raugoties, 15% cilvēku, kuri ir saistīti ar depresijām, mirst, izdarot pašnāvību: tādējādi pašnāvības koeficients, kas ar vecumu pieaug, vīriešiem pastāvīgi ir divas trīs reizes augstāks nekā sievietēm. Aptuveni 56% no ar depresiju slimojošām pacientēm sievietēm savas slimības laikā veic pašnāvības mēģinājumu. Suicīda tendence ir gandrīz neatņemama depresīvo pieredžu sastāvdaļa, tādējādi depresija un suicīds ir ļoti cieši saistīti. Apdraudējums, kas rodas no suicīda, rada risku ne tikai pašnāvības veicējam, bet arī cilvēkiem, kas, būdami vai nu radnieki vai speciālisti, ir saistīti ar viņiem; apkārtējie cilvēki tādējādi tiek pakļauti milzīgam spiedienam.

Suicīda statistika reģistrē tikai pašnāvības jeb sevis nogalināšanas faktu, kuru ir iespējams atklāt un konstatēt. Taču reālais pašnāvību skaits ir protams lielāks, ņemot vērā, ka medikamentu lietošana var un ir jāuzskata par maskētu suicīdu, kā arī daļa no satiksmes negadījumiem var tikt uzskatīti par apzinātu vai nepazinātu pašnāvības mēģinājumu vai faktu; pie visa jāņem vērā arī nāves gadījumi, kuros nāves apstākļi nav skaidri.

2001. gadā Vācijā ap 11 156 cilvēku mira, izdarot pašnāvību, par spīti pēdējā laikā samazinošam rādītājiem. Pašnāvības rādītāji Austrumvācijā noteikti ir augstāki nekā Rietumvācijā. Kādu lomu šeit ieņem reliģijas, ja ņem vērā, ka liela daļa Austrumvācijas tiek dēvēta par “Protestantisma dzimteni” un centru? Pašnāvības rādītājiem Austrumvācijā ir raksturīgāka lielāka svārstības nekā Rietumvācijā gan vīriešu, gan sieviešu vidū; pirmajos gados pēc Berlīnes mūra uzcelšanas pašnāvības rādītāji palielinājās, savukārt mazinājās līdz ar Atmodas (“perestroikas”) sākšanos.

Vīrieši parasti izvēlas nežēlīgākas metodes pašnāvībā: sašaujot sevi, pārgriežot vēnas, metoties zem braucoša vilciena; sievietes savukārt noindē sevi ar medikamentu palīdzību. Sievietēm ir raksturīgi, ka pašnāvības mēģinājumi viņu vidū ir daudz biežāki nekā vīriešiem, no kuriem desmitā daļa kļūst letāli.

Pasaules Veselības Organizācija uzrāda statistiku, kura skaidri parāda, ka arī starptautiskā līmenī vīriešu pašnāvību skaits ir daudz lielāks nekā sievietēm un pastāvīgi pieaug līdz ar vecumu abu dzimumu vidū. (1. attēls). Pašnāvību koeficienta pieaugums periodā no 1950. līdz 2000. gadam var tikt interpretēts kā diezgan stabils sievietēm – ikgadējais rādītājs ir 5 vai 6 pašnāvības uz 100 000 sievietēm; vīriešiem koeficienta pastāvīgs pieaugums 1950. gadā rezultē 16 vai 17 pašnāvībās uz 100 000 vīriešiem, savukārt 2000. gadā tas sastāda jau 28 pašnāvības uz 100 000 vīriešiem (2. attēls).

Tāpat par situācijas nepietiekamu novērtējumu autoraprāt liecina arī ieteikums akūti noskaņotiem cilvēkiem “lasīt savas dienasgrāmatas ierakstus no labākiem laikiem”, vai ideja izskaidrot pacientam, ka “suicidālās domas ir jāuztver kā depresīvu traucējumu simptoms un ka tās šādi noskaņotam cilvēkam var vairs neparādīties, ja izzūd pati depresīvā situācija viņa dzīvē; šāda informācija ir domāta, lai palīdzētu pacientam viņa bezcerības stāvoklī”. Pat ja šie teikumi ir ņemti no specializētām grāmatām, autors nostājas pret tiem: krīzē pašnāvnieciski noskaņotais cilvēks vairs netic “labākiem laikiem” un tieši šāds noskaņojums tagad uztur viņa bezcerību.

Ar šo iebildumu autors vēlas pievērst uzmanību arī pieņemtajiem depresijas terapijas konceptiem, kuri balstās uz “reālistiskas domāšanas principiem”. Šo izteicienu autors vērtē kā seklu un virspusēju, apgalvojot, ka konkrētā realitāte, kurai ir raksturīgs īpašs noskaņojums, ir pilnīgi unikāla katra cilvēka situācijā, pret ko cīnīties nav paša depresijas skartā cilvēka spēkos, tāpēc ka šī tik mokošā realitāte darbojas par spīti visam tam, ko tikai pats cilvēks apzinās, bet nespēj aktualizēt savā krīzes stāvoklī.

Padomdevēja situācijā ir jāpieņem, ka cietušā pasaule izskatās patiešām tāda, kādu viņš to apraksta. Un tieši šī piekāpšanās ļauj cietušiem cilvēkiem izlietot savu atlikušo spēku citādi: viņiem vairs nevajag izmantot savu laiku, lai aizstāvētu un pārliecinātu par savas uztveres (kas citiem var likties neticama) patiesīgumu, tādējādi dodot viņiem iespēju kaut vai rudimentāri, bet iesaistīties jaunās pieredzēs un virzīties tālāk.

Tas var palīdzēt procesam sākt risināties veiksmīgi, ja cilvēki, kuri vēl joprojām ļoti smagi cieš no savas depresijas, ir spējīgi pieņemt un atzīt šo procesu, jo padomdevējs neuzspiež vai “neuzstāj” šo lēmumu no pacienta. Šādu pieeju var nosaukt par galīguma apzināšanos, kas atbrīvo cietēju no nesasniedzamas pilnības ilūzijām. Pazīstamais teologs Johans Mihaēls Sailers (1751-1832) saka: “Pastorālaprūpe ir izšķirošs stāvoklis un noskaņojums mūsu dvēselēm, kas dvēselei atgādina par mūžības lietām”. Cilvēka galīguma apzināšanās, autoraprāt, noteikti skar mūžības dimensiju.

Cilvēki, kuri slimo ar depresiju, var atbrīvoties no ciešanām, ja tiem dod iespēju verbalizēt un izpaust savu cīņu uz dzīvību un nāvi, jo padomdevējs parāda, ka viņš apzinās slimnieka depresijas saslimšanas smagumu. Tāpēc ir jāatceras un jānoskaidro: 1) jautājumus par to, vai suicidālās domas vispār parādās; 2) jautājumus par pašnāvības metodi: padomdevējs iztaujāšanā bieži saskaras ar slimnieku vēlmi pēc miera, pēc saplūsmes ar Dievu vai atkalsavienošanos ar aizgājušu tuvu cilvēku, atsvešināšanās no kuriem noved pie domām par nāvi, kā arī raisa īpatnējas domas par pašnāvību, atribes sajūtas un dažādus (arī apelatīvas dabas) nodomus; 3) jautājumus, kuri izgaismo pašnāvības domu detaļas: tās vēl joprojām var būt neskaidras vai arī pretēji – var būt izveidots jau ļoti detalizēts plāns; 4) jautājumus, vai šīs pašnāvības domas cilvēks spēj kontrolēt, vai nē: daži noskaņotie cilvēki apraksta šīs domas kā tādas, kuras nav pakļautas viņu gribai, kuras pēkšņi “uzplaiksni”, uzrodas pašas no sevis; 5) jautājumus par agrākiem suicīda mēģinājumiem: padomdevējs var mēģināt noskaidrot, kādā veidā un cik lielā mērā ar iepriekšējām pašnāvības krīzēm (vismaz uz kādu laiku) cilvēks ir ticis galā; 6) jautājumus par to, kas cilvēku uztur pie dzīvības: šeit var līdzēt lomu spēle, piemēram, apsolījums savam dzīvesbiedram neatstāt viņu vienu, atbildība par savu paša ģimeni vai par darbu, un arī par cerības saglabāšanu par spīti visam, lai pārvarētu akūto krīzes stāvokli; 7) beidzot, jautājumus par nākotnes nodomiem, ja saruna ir spējīga virzīties uz to, proti, kādas izmaiņas manā dzīvē man ir svarīgas? Kā viss izskatīsies pēc gada?

Īpaša uzmanība ir jāpievērš situācijai, kad iestājas aizdomīgs miera stāvoklis: tas neliekas aizdomīgs, kad tas ir saistīts ar relaksāciju, par aizdomīgu tas kļūst, kad šis miers nerodas no krīzes pārvarēšanas, bet gan no lēmuma izdarīt pašnāvību. Šīs briesmas pieaug, kad cilvēka garastāvoklis sāk mainīties, īpaši pateicoties medikamentiem, kas atņem spriedzi vai uzlabo noskaņojumu, un kad cilvēks ir atguvis pietiekami spēka, lai pārtrauktu pats savu dzīvi.

Cilvēkiem, kuri atrod sevi šādā stāvoklī, kas viņus paralizē visās pārējās attiecībās, steidzami jārod iespēja izteikt savu balsi, savus iekšējos pārdzīvojumus: depresija var tikt izteikta tā, ka depresija kļūst par ekspresiju. Suicīda akūtās briesmas pieprasa tūlītēju krīzes intervenci: 1) jānodrošina sarunu iespēja un jāvēršas pret suicidālo noskaņojumu ar tiešiem un empātiskiem jautājumiem veidā, kurā destruktīvie impulsi tiek izrunāti un mazinās emocionālā spriedze; 2) jāizvērtē kompetence kontaktam ar suicidālo personu un jāizprot procesa virzīšanas uz priekšu nosacījumi, nesūtot šos cilvēkus projām; 3) jānodrošina suicidāli noskaņoto personu savā dzīvē konsultēties ar ārstu, kas var lemt par ambulatoru vai stacionāru aprūpi, kā arī nepieciešamības gadījumā (obligāti) – par apskati psihiatriskajā slimnīcā, noskaidrojot medicīniskā atbalsta iespējas; 4) beidzot, jāiegūst atbalsts no uzticamām atbalsta personām, kā arī jāpalīdz stiprināt saites ar dzīvi, kur, piemēram, iztrūkstoša reliģiska piesaiste arī var nostrādāt kā riska faktors.

Turklāt jāņem vērā, ka ilgāks atveseļošanās process prasa no abām pusēm – gan atbalstošās, gan atbalstāmās – vienoties par to, ko rīkoties, ja šajā kopējā atveseļošanās procesā rodas pēkšņš akūts apdraudējums un cilvēks vairs nespēj burtiski – ieraudzīt gaismu tuneļa galā. Jābūt gatavam uz to, kad vienā brīdī atbalsta personu pastāvīga pieejamība var kļūt obligāta, vismaz krīzes intervencē, vai arī ikdienas saskarsmē ar suicidāli noskaņotajiem cilvēkiem.

Cerēt to vārdā, kas zaudējuši cerību. Kā padomdevējs jūs nekad neatstāsiet savu tuvāko ciešam vienu no depresijas, vienu pašu apburtajā sevis vainošanas un sevis iznīcības aplī. Jūs arī atteiksieties no instrukcijām, jo tās nespēj nekādā veidā aizsniegt cilvēku viņa depresīvajā pasaulē, drīzāk dod tam (iespējams atbilstošu!) sajūtu, ka viņš ir palicis nesaprasts. Šādā gadījumā padomi palīdz tikai tiem, kas tos devuši, jo tādējādi padoma devēji norobežo sevi no netieši draudošās depresīvās otra cilvēka pasaules. Kad padomdevējs kļūst par ceļa biedru garajā un nevieglajā ceļā cauri tumsai, ir nepieciešama diezgan liela ieelpa, tāpat kā arī liela drosme un vērā ņemama cerība sava ceļa biedra vietā, lai sasniegtu un saņemtu gaismas pieskārienu, kas sākumā ir saredzams tikai tālu pie horizonta.

“Jo lielāka tumsa, jo vairāk gaismas ir nepieciešams” – šāda stratēģijas izklausās tik ticama un iespējama, bet diemžēl – maz palīdzoša. Uzbrūkoša “gaismas terapija” var izskatīties pilnīgi nereāla cilvēkiem, kas atrodas gara tumsībā; tā varētu vienīgi apžilbināt, nevis sasildīt. Šiem cilvēkiem ir nepieciešama gaisma samērīgās devās, gaisma, kas rodas no starppersoniskās saskarsmes, gaisma, kurai cilvēki var uzticēties.

Kā savā grāmatā raksta Ingrīda Vēbere-Gasta (Weber-Gast, 1978, 32f), “vispirms vissmagākajās dvēseles pārbaudījumu stundās ticība vairs nespēlēja nekādu lomu. Mans prāts un mana griba to visu laiku apliecināja, taču manu sirdi tā neaizsniedza. Tai nebija nekāds mierinošs efekts; tā nedeva atbildi uz mokošajiem jautājumiem, nekādu palīdzību. Jā, pat pretēji – ne ticība mani nesa, bet man vajadzēja nest savu ticību. Taču tomēr bija kāda palīdzība, – reti, bet tad patiesi daudzās mierinošās stundās tik daudz man nozīmēja tas, ka citi lūdza par mani. Tā nebija tik daudz mana ticība, cik man apkārtējo ticība, citu aizlūgšanas, kas bija tik būtiskas manā ceļā uz atveseļoanos.”

Vai uzdevums tādā gadījumā nav cerēt to vārdā, kas zaudējuši spēju cerēt un ticēt, ja izmisušie cilvēki nespēj vairs saredzēt nākotni sev, nerod vairs cerību sevī? Konkrēti: ja mana dzīve draud ieslīgt tumsībā, man ir nepieciešami cilvēki, kuri man kļūst par gaismu, kuri iedodz savu ticību manā dzīvē un dod man piedzīvot Dievu – par spīti visam. Tikai ja varēšu sajūst to, kā citi tic man un redz manu nākotni, ja tikai citi uztur manu cerību dzīvu, tikai tad es būšu spējīgs atkal no jauna atgūt sev cerību. Cerība dāvā dzīvi – tāpēc ir vitāli nepieciešams, ka citi tic manā vārdā, vismaz līdz brīdim, kad es atkal esmu spējīgs noticēt sev: mīloša, sirsnīga vide un uzticība ir spējīga atvērt apkārtējo vidi, kurā atkal parādās cerība, kas parāda ceļu uz gaismu ārā no tumsas, kas, kā izskatās, ir spējīga izdzēst ikvienu dzīvības pazīmi. Tomēr ir kāda atziņa, kura gan padomdevējiem, citiem speciālistiem, gan ģimenes locekļiem un draugiem paliek cik nenovēršama, tik arī nepanesama, proti, – depresija ir cīņa uz dzīvību un nāvi, un cilvēki var no tās nomirt.



Dr. habil. theol., Dr. psych., Dipl. Psych., prof.

Klaus Kießling

Director of the Institute of Pastoral Psychology & Spirituality and of the Seminar of Religious Pedagogics, Catechetics and Didactics at Sankt Georgen Graduate School of Philosophy and Theology, Faculty of Theology, Frankfurt, Germany

Pastorālās psiholoģijas un garīguma institūta, kā arī Reliģiskās pedagoģijas, katehētikas, un didaktikas semināra direktors, Sankt Georgenas Filozofijas un teoloģijas aspirantūra, Teoloģijas fakultāte (Frankfurte, Vācija)

Address: Offenbacher Landstraße 224, D – 60599

Frankfurt, Deutschland

Phone: +49 69 6061 288; Fax: +49 69 6061 274

E-mail: kiessling@sankt-georgen.de