

Humor ist nicht nur ein „Regenschirm für die Weisen“, sondern gerade auch für alle Menschen, die direkt oder indirekt mit der Psychiatrie bzw. psychischen Störungen zu tun haben, enorm wichtig. Geistreich, bisweilen natürlich auch überspitzt, und mit fachlichem Tiefgang können das Buch und das Hörbuch von Carsten Petermann dazu einen Beitrag leisten. Diese Art der Psychoedukation hat bisher gefehlt.“

Professor Dr. med. Dieter F. Braus, wissenschaftlicher Leiter des Psychiatrie-Update, Wiesbaden

Geleitwort

Vergleich – Gedicht – Satire

Dr. med. J. Michael Hufnagl, Medizinischer Gutachter (DGNB¹), zertifiziert in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, München

Ein ungewöhnliches Buch von einem ungewöhnlichen Menschen! Die einfache Frage des Titels „Kann man einem Psychiater trauen?“ hat eine kürzest mögliche Antwort: „Nein!“ Sollte man es deshalb sofort beiseitelegen? Das wäre – frei nach Napoleon – schlimmer als eine Sünde. Das wäre ein Fehler! Innenansichten eines Psychiaters aus dem klinischen Alltag ungeschminkt aus erster Hand gibt es sonst nur für enge persönliche Vertraute. Vom Standpunkt des praktizierenden Experten richtet sich der Blickwinkel einerseits auf den eigenen, meist von Unkenntnis und mythischem Argwohn umgebenen Berufsstand und andererseits auf die hilfebedürftigen, oft unverstandenen Patienten. Dabei reflektiert der Autor sachlich und kritisch über humorvoll bis satirisch, was ihm auf dem Hintergrund von Schicksalen der ihm Anvertrauten an menschlichen Irrungen und Wirrungen und selbst bei der eigenen Spezies entgegentritt. Beispielhaft vermittelt er (an)packend, was anderenorts in Lehrbüchern nur trocken abgehandelt wird. Die Essenz des Lebens ist aber feucht.

Als Multitalent würzt Carsten Petermann seine Beispiele mit zeitgemäßer Dichtkunst wie er sie selbst am besten vorträgt. Über die im Buch integrierten Audioclips (Internet basiert abrufbar) hinaus gibt es ein von ihm selbst besprochenes Hörbuch mit zusätzlichen Proben seines früheren musikalischen Schaffens. Als Konzertgitarrist mit Hochschuldiplom. Eine derartige Kombination von fundiertem psychiatrischem Sachbuch als Ratgeberliteratur verbunden mit scharfsinnigen Analysen des Alltagslebens, humorvollen Darstellungen bis hin zu satirischen Betrachtungen auch über die sonderliche Spezies der Psychiater ist mir bislang nirgendwo begegnet.

Wer könnte sonst so ein Buch schreiben? Ein Professor der Psychiatrie, der es vielleicht könnte, würde es aber auf diese Art und Weise niemals tun. Er müsste zurecht fürchten, fürderhin nicht mehr für „voll“ genommen zu werden. Selbst wenn kein falsches Wort, keine falsche Zeile, nichts Falsches am Text zu beanstanden wäre, würde allein die streckenweise überaus humorige bis satirische Umgangsform bei (und mit) einem so ernsten Thema seine wissenschaftliche Seriosität in Frage stellen.

Bereits der Untertitel des Buches ist Provokation pur. Anzukündigen *Über Psychiater und andere psychische Störungen* sich ein- oder auszulassen ist nicht nur in formal linguistischer Aneinanderreihung problematisch, ja unzulässig. Nun aber wagt es ein „Hinterbänkler“ aus der wissenschaftlich-psychiatrischen Gilde. In der Psychotherapie ist Humor und Provokation dagegen durchaus erlaubt, wenn nicht wünschenswert oder bisweilen sogar erforderlich. Lachen wirkt durch die in Anspruch genommenen Neurotransmitter unmittelbar auf unser Belohnungssystem und unsere psychische Gesundheit. Wer lacht, hat noch Reserven. Die günstigen Effekte auf unser Immunsystem stärken unsere Widerstandskraft sogar gegen Krankheits- und sonstige Erreger von Ärgernissen, von echten Viren bis zu Virenträgern. Schon lange weiß der Volksmund *Lachen macht gesund*. Im medizinischen Alltag hat Humor seine stets helfende, bisweilen heilende Wirkung längst bewiesen. Dennoch wird er systematisch nur zu selten eingesetzt. Die Psychiatrie ist weithin eine humorfreie Zone geblieben. Frank Farrelly mit Betonung auf dem „a“, worauf er humorlos als Ire größten Wert legte (Gott habe den Iren selig!)

¹ Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung

hat schonungslos gegen sich und den Rest der Welt Humor und Lachen als wichtigstes tragendes Element in der vielfältigen Form seiner Provokativen Therapie zur Höchstform entwickelt. Unverzichtbare Grundlage ist wie bei Carsten Petermanns Herangehensweise an das Sujet die unvoreingenommen emotional positive Haltung gegenüber den Patienten oder Klienten.

Über sich selbst lachen zu können, ist zweifelsfrei für jeden gesund, doch Selbstironie ist eine noch höhere Erkenntnisstufe, eine Metakognition, bei der die zwangsläufig subjektive selbstreferenzielle Bewertung mit der objektiven, also von uns nicht zu gewährleistenden Außenansicht übereinstimmt, die zu erlangen nicht jedem gegeben ist.

„Inhalt versteht jeder, Gehalt die wenigsten, und die Form bleibt ein Geheimnis den meisten!“ So lehrte uns einst der Geheimrat Goethe. Einen Vergleich zu sich selbst zieht jeder Leser bei narrativen wie wissenschaftlichen Texten. Dazu muss man nicht schizopren sein. Ehrlich gesagt kann man sich nicht einmal ernsthaft wehren, selbstbezügliche Vergleiche im Hinterkopf anzustellen.

Der Inhalt dieses Buches reicht vom Burn-out über die Depression zur Manie bei der bipolaren Störung, weiter zur Borderline-Persönlichkeit, um schließlich mit der paranoiden Schizophrenie die Beispiele abzurunden. Dabei lässt Carsten Petermann die Leser an seinen differentialdiagnostischen Überlegungen teilhaben, bei denen sonstige infrage kommende Diagnosen mit bedacht, überprüft und ausgeschlossen werden.

Eine große Spannweite von Sonderbarem im Leben psychiatrischer Patienten wird beleuchtet. Auf das berufsmäßige Leben von Psychiatern werden manche erhellenden Schlaglichter geworfen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Wer – aus welchen Gründen auch immer – mit diesem Buch nicht einverstanden ist, darf bedauern, dass einiger Bäume Leben für das Papier geopfert wurden. Andere hingegen werden an etlichen Stellen erfreut sein, etwas Überraschendes zu lesen, was doch eigentlich schon längst einmal hätte gesagt werden müssen. In erster Linie betrifft dies die Einflechtungen aus dem Leben eines Psychiaters, der nicht von „oben“ auf die Kollegenschaft herunterblickt, der nicht wie einer ex cathedra dozieren muss, sondern aus dem praktischen Alltagsleben quasi von unten aus der Mitte des Lebens mit seinen Höhen und Tiefen, Verwicklungen und Betroffenheiten berichtet. Das Prinzip heißt hier: Nichts ist so entwaffnend wie die Wahrheit.

Dann auch noch die Gedichte! Ist ein solches Gedicht ein Rap? Rap bedeutet nicht nur einfach „schwätzen“, sondern als Akronym steht RAP für „Rhythm and Poetry“. Gedichte als Kunstform widerspiegeln künstlerisch den/die inhaltlich ver- „dicht“eten Gedanken, also die Summe des Denkens. Hier wird gedanklich und prosodisch etwas auf den Punkt gebracht, wo es anderswo im Leben sich in Weitschweifigkeit verliert oder an unausgesprochener Stille leidet.

Vielleicht ist es seinem besonderen Lebenslauf als Wanderer zwischen den beruflichen Welten der Musik und der Medizin geschuldet, dass er einen erfrischend eigenständigen Standpunkt einnimmt mit einem Blickwinkel, der nicht von Standesdünkel eingeengt oder getrübt wird.

Wir dürfen Carsten Petermann deshalb dankbar sein, dass er dieses Buch geschrieben hat!

München, 02. März 2019

KANN MAN EINEM PSYCHIATER TRAUEN? – Einführung ins Thema

Natürlich sind wir alle irgendwie gestört. Psychisch gestört. Wir Psychiater ganz besonders. Wir sind eitel, leicht kränkbar und glauben, immer alles besser zu wissen. Ich auch. Ich bilde da keine Ausnahme. Allesamt sind wir selbstverliebte Narzissten. Und manchmal kommen noch Überheblichkeit, Arroganz und Machtversessenheit hinzu. In dieser Hinsicht sind wir nicht besser als andere Ärzte. Leider. Natürlich gestehen wir dies niemandem gegenüber ein. Viele von uns halten sich sogar allen Ernstes für besonders mitfühlend, langmütig, ungewöhnlich kompetent und teamfähig. Das sind die Allerschlimmsten.

So könnte diese kleine Einführung ins Thema weitergehen, nicht wahr? Tut sie aber nicht! Denn eines sind wir ganz sicher nicht: Exhibitionisten.² Niemals werden Sie einen Psychiater erleben, der vor aller Augen seine letzten Hüllen fallen lässt. Und humorlos sind viele von uns eigentlich auch nicht, wenngleich einem das Lachen manchmal auch vergehen kann. Bierernst braucht dennoch niemand zu sein – nicht rund um die Uhr. Auch nicht angesichts des psychischen Leids, mit dem wir tagaus tagein konfrontiert sind. Denn nur mit einer guten Portion Humor lässt sich der Klinikalltag überhaupt ertragen. Am schönsten ist es immer, wenn die Patienten mitlachen. Für mich ist es jedenfalls so. Ich finde es befreiend, selbst dann, wenn über mich gelacht wird. Ich weiß, dass ich manchmal einen Hang zum Komischen habe. Das machen schon meine Körperlänge von fast zwei Metern und meine riesigen Füße. Sie steckten meist in Schuhen, zu denen meine Klassenkameraden immer „Kindersärge“ sagten. Eigentlich nicht sehr lustig, ich weiß. Ich soll wohl nur etwas verwundert geguckt haben und fand, dass sie recht hatten. Mitgelacht habe ich nie. Es mag ja ein Körnchen Wahrheit an manchem sein, vielleicht auch ein Steinchen oder sogar ein Felsblöckchen. Dann wird sich die Frage stellen: Wo hört der Spaß eigentlich auf und wann wird es bitterer Ernst? Spätestens bei den „Nackten Fakten“, welche jedes der ersten vier Kapitel, die die „Big Four“ der psychischen Störungen behandeln, abschließen. Sie erzählen erschütternd nüchtern in Form von zwölf Thesen von dem großen seelischen Leid der Betroffenen und deren hoher gesellschaftlicher Relevanz. Wie nebenbei erfährt der Leser bei der Lektüre des Buchs Wissenswertes über die Depression, die bipolare Störung, die Borderline-Persönlichkeit und die paranoide Schizophrenie – und dazu noch so einiges Absonderliches und Skurriles aus dem Nähkästchen eines Psychiater-Alltags in einer Akutklinik.

Doch lassen Sie sich überraschen. Fast alles ist erlaubt. Nichts erscheint unmöglich. Eine Gratwanderung bleibt es allemal. Sich amüsieren auf Kosten anderer? Weit gefehlt! Beileibe nicht! Niemandem soll hier „ans Bein gepinkelt“ werden, wie man so schön sagt. Jeder möge aus den Reimen und Texten das herauslesen, wonach ihm der Sinn steht. Nobody is perfect. In diesem Sinne bitte ich darum, mir meine gelegentlich schalkhafte Lust an Übertreibungen nachzusehen und die ein oder andere Formulierung „cum grano salis“³ zu verstehen. Genießen Sie die Texte oder ärgern Sie sich darüber. Beides kann genussvoll sein. Hauptsache Ihnen geht es gut. Das ist mein einziges Anliegen – als Ihr Psychiater.

Und mir können Sie vertrauen!

Carsten Petermann
21. Februar 2019

² Lustvolles Zurschaustellen von Genitalien in der Öffentlichkeit

³ „mit einem Körnchen Salz“, nicht alles Gesagte ist wortwörtlich zu verstehen

....

1. KAPITEL: Kann man einem Psychiater trauen? (Ausschnitt)

Der Anfang von allem

Einmal hatte ich eine Patientin, die seit vielen Monaten an einer Depression erkrankt war, zwei Kinder im Alter von einem und vier Jahren hatte und sehr darunter litt, dass sie nicht mehr, wie früher, so fröhlich und unternehmenslustig war. Ich dachte zunächst nur: „Na ja, wie das halt so ist mit so kleinen Stöpseln. Die takten jetzt dein Leben durch, ob du das willst oder nicht.“ Du fühlst Dich fremdbestimmt und ausgebremst in deinem Bestreben, immer zu funktionieren und alles richtig zu machen. Du hast plötzlich das Gefühl, Fehler zu machen und verhältst dich ganz anders, als du es dir ursprünglich vorgenommen hattest in Zeiten, in denen du die Welt noch durch die rosarote Brille betrachtetest. Bis du bemerkst, dass es auch bei dir Grenzen der Belastbarkeit gibt, wenn du jede Nacht schlecht schläfst. Wenn ständig ein Kind krank ist und dir bewusst wird, dass du keine zwanzig mehr bist – und dir außer Kinderbrei und Alltagsallerlei keine Gesprächsthemen mehr einfallen. Doch wehe, du erwähnst einmal beiläufig, dass du deine Kinder nicht immer nur süß und es auch nicht besonders goldig findest, wenn sie sich mit Nutella das halbe Gesicht beschmiert haben und es anschließend an deinem neuen Sofa wieder abwischen. Du darfst dann nicht einmal denken, dass du sie am liebsten ab und zu zum Mond schießen würdest, um endlich einmal Ruhe zu haben. Und mal für zwei Stunden wenigstens nichts anderes tun möchtest, als die Wand anzustarren. Wie schön das wäre. Und weil du dich matt und ausgepowert fühlst und deine Freundinnen, die natürlich alle kinderlos sind, es nicht normal finden, wenn du so drauf bist, gibst du irgendwann deren Rat nach und erwägst ernsthaft, einen Arzt aufzusuchen. „Ich soll jetzt zum Irrenarzt“, sagst du dir. Und irgendwann, irgendwann greifst du zum Telefonhörer und holst dir einen Termin in unserer Klinik. Und ich sehe dich in meiner Sprechstunde und finde es gar nicht besonders irre, dass du dich so fühlst, wie du dich fühlst, sondern denke nur: „Meine Kinder sind groß, Gott sei Lob und Dank.“ Doch sofort meldet sich das obligatorische schlechte Gewissen, das ich geübt niederknüppele, froh darüber, dass man meine Gedanken nicht hören kann. Natürlich fand ich meine Kinder, als sie klein waren, auch süß – aber nicht die ganze Zeit von morgens bis abends. Und neben Beruf, Haus und Hof ist es eben einfach alles manchmal sehr viel, zu viel. Da darf man sich auch mal ausgepowert und matt fühlen, finde ich. Doch ich irrte mich, wie sich bald herausstellen sollte: Diese Frau war wirklich depressiv, und nachdem ich sie eingehend zu ihren Beschwerden befragt hatte, entschied ich mich sogar, ihr die Einnahme eines Medikamentes zu empfehlen, der sie dann auch zustimmte. Und obwohl sie zunächst lediglich bereit zu sein schien, ein Schlafmittel einzunehmen, von Zopiclon hatte sie von einer Freundin gehört, konnte ich sie davon abbringen. Aus Angst, davon abhängig zu werden, lehnte sie ein Antidepressivum zunächst ab, bis sie verstand, dass es sich genau umgekehrt verhielt: Nicht das Medikament gegen die Depression, sondern das Schlafmittel kann zu einer Abhängigkeit führen. Jedenfalls entwickelte es sich dann im Weiteren so, dass es ihr nach wenigen Wochen deutlich besser ging. Die Lebensfreude kehrte zurück, der Schlaf normalisierte sich weitgehend, sie hatte insgesamt wieder mehr Elan. Doch dann schienen die Beschwerden zurückzukehren, und ich fragte mich, warum. Nicht nur, dass sie jetzt immer häufiger vergaß, das Stimmungsprotokoll mitzubringen, das ihre Stimmung der letzten sechs Wochen protokollierte, nein, sie versäumte es auch immer wieder, das Medikament einzunehmen, denn: Es ging ihr ja schon besser. Es war nicht einmal Absicht. Sie vergaß es einfach – und erlitt nach kurzer Zeit einen Rückfall. Bis ich dessen gewahr wurde, vergingen jedoch mehrere Sitzungen, als sie schließlich beschämt ihr Versäumnis einräumte. Endlich kannte ich die Ursache. Es gehört zum täglichen Brot eines Psychiaters, seine Patienten immer wieder über die Chancen einer medikamentösen Behandlung aufzuklären und sie zu einer zuverlässigen Medikamenteneinnahme zu motivieren. Genauso wichtig ist es, die Betroffenen zum Äußern ihrer Bedenken gegen eine Medikation zu ermuntern, mit ihnen die Vor- und Nachteile zu diskutieren, um ihnen am Ende die letzte Entscheidung für oder gegen die Einnahme eines Medikamentes zu überlassen und diese dann als behandelnder Arzt auch zu

respektieren. Bei meiner Patientin fiel mir das jedoch zugegebenermaßen schwer. Ich hatte mich über die Besserung der Beschwerden gefreut. Und ich musste aufpassen, nicht persönlich gekränkt zu sein, als sie trotz wiederholten Aufklärens das Antidepressivum dann doch absetzte beziehungsweise die Einnahme einfach vergaß. Mein vermeintlich persönlicher Erfolg wurde in Frage gestellt: „War ich gut genug? Habe ich einen wesentlichen Aspekt übersehen oder überhört? Habe ich wieder einmal zu viel doziert, anstatt zuzuhören? Jedenfalls war ich diesmal unterschwellig etwas genervt, als ich die Wahrheit erfuhr, und dachte kurz: „Es ist immer das Gleiche. Zunächst scheint es, die Einnahme der verordneten Medikamente habe höchste Priorität, dann geht es den Betroffenen besser, und vergessen sind alle guten Vorsätze.“ Fast aus einer Art Hilflosigkeit und nicht gerade therapeutischen Standards entsprechend, sagte ich in einem leicht gereizten Unterton zu ihr: „Es muss doch irgendwie machbar sein, dass Sie an die Medikamente und das Stimmungsprotokoll denken. Sie vergessen doch sicher auch nicht das morgendliche Zähneputzen. Schreiben Sie sich das doch in Ihr Smartphone und stellen Sie sich den Wecker. Oder machen Sie sich einen Reim drauf.“ Sich einen Reim draufmachen. Das war das Stichwort. Flugs reimte ich ein paar krude Verse über die Notwendigkeit einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme und das Führen eines Stimmungsprotokolls. Das Ergebnis war: Meine depressive Patientin, der sonst überhaupt nicht zum Lachen zumute war, lachte. Überrascht und ermuntert durch diesen kurzfristigen Erfolg, schrieb ich die Zeilen auf, nahm einige kleine Verbesserungen vor und überreichte sie ihr, als sie vor der Anmeldung auf das Ausdrucken des Rezeptes wartete. Sie lachte erneut. Mit solch einem verrückten Psychiater hatte sie wahrscheinlich nicht gerechnet. Doch mir gingen die Verse fortan nicht mehr aus dem Kopf: „Der Depressive“ entstand.

Alles Weitere ergab sich dann wie von selbst.

2. Kann man einem Psychiater trauen?

Abbildung 3: Der Depressive

Der Depressive

Ich hab ne Depression
Ja, wussten Sie das schon,
denn ich beweg mich schon,
aber immer insgeheim
denk ich, Mensch, ist das gemein,
alle andern können's besser,
sind viel schneller, klüger, kesser

Diese Depression,
Ja, wussten Sie das schon,
sie ist ne Rebellion
gegen Schneller, Weiter, Besser

und mein Psychotherapeut,
der ist blond und blitzgescheit,
der weiß immer alles besser,
trägt nen Look, oh welch ein Kesser

und dann sagt er mir:
Mit dem Schneller, Weiter, Besser,
daraus wird nix, lieber Mann
ja, nun komm Sie mal heran
und er sagt, was ich schon ahn:

Sie ham ne Depression
Ja, wussten Sie das schon,
und die dauert ja nun schon
daher hab ich was für Sie
das ist das Zopiclon
ja, kennen Sie das schon?
Damit schlafen Sie zehn Stunden,
kommen tags über die Runden
Ihre Depression
ja, wussten Sie das schon,
ist pure Regression!

Doch ich vergess das immer wieder
Mensch, wann ist denn das vorüber
immer diese schweren Glieder!

Doch mein Psychotherapeut,
Mensch, was sag ich ihm denn heut –
hui, wie der sich freut
Dass ich jetzt nichts sagen kann,
so dass nun er dozieren kann:

Sie ham ne Depression,
Ja, wussten Sie das schon?
und Ihre Depression
ist pure Regression!

Doch ich vergess das alles wieder
fühl mich wieder als Verlierer.
Doch ein Stimmungsprotokoll
Das ist für ihn sicher ganz toll!
Das sei der größte Hit
für mich ein großer Schritt
doch ich find das nicht so toll
mit dem Stimmungsprotokoll
Das ich wieder hab vergessen
doch das findet er vermessen

Ich hab ne Depression
Ja, wussten Sie das schon
sie ist ne Rebellion
gegen Schneller, Weiter, Besser,
hab die Nase voll
dieses Stimmungsprotokoll
das ist für ihn ganz toll...
doch in der Depression
ja, wussten Sie das schon?
ist das ne Repression!
Ja, mein Psychotherapeut
der ist blond und blitzgescheit
der weiß immer alles besser
höher, weiter, schneller, kesser –

nun nimmt er Zopiclon
ja, wussten Sie das schon,
ist in der Regression
und hat ne Depression...
und das Stimmungsprotokoll?
Ja, das finde ich so toll:

Das vergisst er immer wieder
und er sagt, er hat es über –
ja, mein Psychotherapeut,
war doch sonst so blitzgescheit,
und das betont er immer wieder:

seine Depression
sei keine Regression
und das Stimmungsprotokoll
sei pure Repression.

Kann man einem Psychiater trauen?

Diese Frage ist schnell beantwortet:

Nein!

Zumindest dann nicht, wenn Ihr Psychiater innerhalb von zehn Minuten weiß, was Ihnen fehlt und Ihnen womöglich auch noch ein Medikament verschreibt.

Oder wenn, wie in unserem Text, er sich am liebsten selbst reden hört, Sie nicht aussprechen lässt, Ihnen nicht in die Augen schaut oder Sie nicht über Risiken und Nebenwirkungen zu den Medikamenten aufklärt, die Sie schlucken sollen. Denn dafür sind weder Internet noch Beipackzettel geeignet. Und auch Ihr Apotheker ist dafür nicht zuständig, sondern ausschließlich Ihr behandelnder Arzt. Und wenn er dafür keine Zeit hat, es nicht für nötig hält oder ihm möglicherweise dazu nichts einfällt, rate ich Ihnen: Beenden Sie das Gespräch freundlich und bestimmt, verabschieden Sie sich und suchen Sie sich jemand anderen!

Mit diesem praxisorientierten Screeningverfahren können Sie eine recht zuverlässige Vorauswahl treffen.

Bei einem Screening handelt es sich um ein einfaches Verfahren, mit dem Sie in kürzester Zeit so wichtige Entscheidungen treffen können, wie: Passt oder passt nicht.

Das funktioniert folgendermaßen: Stellen Sie sich im Kopf einfach diese vier Fragen: 1. Schaut mein Psychiater mir in die Augen, wenn er mit mir spricht, oder redet er zu seiner Akte? 2. Geht es ihm um mich oder um seine Diagnose? 3.: Bemerkst er überhaupt, wenn ich etwas zu ihm sage, oder wartet er ungeduldig auf seinen Einsatz, um mir etwas vorzudozieren? Und schließlich: Wenn ich ein Medikament einnehmen soll: Klärt er mich über die Wirkungen und Nebenwirkungen auf oder sagt er schlicht: „Nehmen Sie die mal, die vertragen Sie schon?“

Falls nun in Ihrem speziellen Fall der seltene Glücksfall vorliegen sollte, dass Sie den jeweils ersten Teil dieser Fragen mit „Ja“ beantworten können, dann – ja dann strahlen Sie Ihren Psychiater an und zeigen Sie ihm Ihre aufrichtige Freude. Das braucht er jetzt. Auch Psychiater benötigen hin und wieder ein wenig Bestätigung.

Doch Vorsicht: Als Depressive(r) sollten Sie nur leicht lächeln. Sonst machen Sie sich unglaubwürdig.

Zehn bis fünfzehn Minuten reichen aus, um abzuchecken, ob Ihr Psychiater diese Basics beherrscht oder nicht. Der Vorteil liegt klar auf der Hand: Sie sparen nicht nur Zeit und Nerven, sondern ersparen sich

auch die Einnahme von Medikamenten – inklusive deren Nebenwirkungen: „Da hätten wir im Angebot: Schwindel, Schwitzen und Erbrechen oder Unruhe, Müdigkeit und Übelkeit – ... oder lieber Haarausfall, Durchfall und Blutdruckabfall?

Doch gäb's da noch manch andere Gebrechen in unserem Nebenwirkungssortiment. Die werden wir jetzt nicht besprechen Und wenn, dann erst beim übernächsten Mal. – So will's das Klinikmanagment. Sie sind doch jetzt nicht etwa beunruhigt?“-

Ihr erster Versuch, einen Psychiater zu finden, ist jedenfalls – vermutlich – kläglich gescheitert.

Doch Depressive benötigen mitunter auch eine Psychotherapie. Und nun heißt es für Sie: neues Spiel, neues Glück! Liste her mit den Psychotherapeuten, zum Telefonhörer gegriffen und dann geht es voller Elan auf in den Krampf, pardon, Kampf, meinte ich. Aber: Sie werden es eh nicht schaffen! Denn Sie sind depressiv! Eine Psychotherapie ist nämlich nur etwas für Menschen, die nicht oder sagen wir, nicht mehr psychisch krank oder besser noch, die ziemlich gesund sind: Denn wie sollte ein schwer Depressiver, der sich zu nichts aufraffen kann, sich von allem, sogar von seiner Familie, zurückzieht, der am liebsten im Bett liegen bleibt, dazu noch unter massiven Konzentrationsstörungen leidet und alles, was er sich vorgenommen hat, sogleich wieder vergisst, der ohnehin jegliches Unterfangen für vollkommen zweck- und aussichtslos hält – denn er malt sich seine Zukunft in den schwärzesten Farben aus – wie sollte er es, bitteschön, schaffen, zum Telefonhörer zu greifen, einen x-beliebigen Psychotherapeuten, den er nicht einmal kennt, anzurufen, um ihm dann am Ende auf dessen Anrufbeantworter zu sprechen? Und das bitte immer mittwochs genau zehn Minuten vor jeder vollen Stunde, zwischen 12 Uhr und 15 Uhr? Stellen Sie sich das doch einmal vor! Und wenn Sie dann wider Erwarten doch diese Hürde genommen haben sollten, daran zu denken, ist der Anschluss dauerbesetzt. Und wenn er nicht mehr dauerbesetzt ist, ist die Zeit um, und es kommt wieder diese freundliche Ansage – immerhin hören Sie dann schon einmal die Stimme Ihres Therapeuten in spe –, dass Sie bitte mittwochs immer genau zehn Minuten vor jeder vollen Stunde zwischen 12 Uhr und 15 Uhr anrufen mögen.

Im Gegensatz zu Ihnen behält Ihr Psychotherapeut jetzt wenigstens die Nerven. Sie dürfen ihn anschreien, anspucken, ohrfeigen oder ins Klo werfen: Er bleibt professionell gelassen und wiederholt immer und immer wieder, dass man bitte mittwochs immer genau zehn Minuten vor jeder vollen Stunde zwischen 12 Uhr und 15 Uhr anrufen möge – bis es auch der letzte Depressive kapiert hat. Selbst, gesetzt den unwahrscheinlichsten aller Fälle, Sie wären bis hierher vorgedrungen und sprächen mit Ihrem Therapeuten persönlich und erhielten nicht augenblicklich eine Absage, weil er leider, leider „gerade total ausgebucht“ sei, kommen Sie als glückliche Gewinnerin eines möglichen Psychotherapieplatzes ans Ende einer ominösen Warteliste. Und nun dürfen Sie hoffen, hoffen, hoffen – doch es bleibt alles offen. Die erste Kennenlernsitzung wäre dann wohl – aller Voraussicht nach! – bereits in einem halben bis dreiviertel Jahr. – Was ist? Freuen Sie sich gar nicht? Ach, pardon, Sie sind ja depressiv! Sorry, ganz vergessen! Zusichern kann man Ihnen auf jeden Fall, ca. vier Wochen vor dem Termin erneut angerufen zu werden, um abzuklären, ob es bei diesem angedachten Termin bleiben kann oder er sich nochmals nach hinten verschiebt. Es gebe schließlich Notfälle, die man einschieben müsse – und Sie gehören ausgerechnet nicht dazu! Alles klar! Doch bis dahin sind Sie vermutlich wieder gesund oder bereits – tot!

Das Problem wurde dann in jedem Fall, mehr oder weniger erfolgreich, ausgesessen.

Auch wenn solch ein Szenario zugespitzt erscheint und es regionale Unterschiede gibt: Es zeigt doch einen eklatanten Missstand auf: Es gibt viel zu wenig Psychotherapieplätze. Die Wartezeiten sind oft unzumutbar lang und führen mitunter – zu einem tödlichen Ende.

Stellen Sie sich einmal folgendes Szenario vor: Nehmen wir die Unfallchirurgie: Angenommen, Sie brechen sich ein Bein, und da es leider, leider gerade keine verfügbaren Chirurgen gibt – wie dumm –, warten Sie erst einmal drei Monate, bis Sie einen OP-Termin bekommen. Dann können Sie sich allerdings die OP höchstwahrscheinlich sparen und gleich im Rollstuhl sitzen bleiben!

Das wäre undenkbar? Warum? Sind psychisch Kranke etwa Menschen zweiter Klasse? Verrückte, die in die „Klapse“ gehören, wo sie wahrscheinlich Dauergäste sind und nie wieder herauskommen? Denken Sie so? Nein? Da bin ich ja direkt erleichtert. Wissen Sie, warum? Weil Sie, genau Sie, mit einer Wahrscheinlichkeit von fast 43% im Laufe Ihres Lebens an einer psychischen Störung erkranken werden. Das hätten Sie nicht gedacht?!

Ein Viertel aller Patienten einer Hausarztpraxis gilt als psychisch krank. 80% davon sehen nie einen Facharzt, was viele Hausärzte, die darauf nicht vorbereitet sind, permanent überfordert. Warum nur müssen psychisch Kranke oft über ein halbes Jahr lang warten, bis sie einen Psychotherapieplatz oder einen Termin beim Facharzt ergattern, egal wie dringlich es ist? Warum?? – Schweigen?

Sehen Sie? Dieses Schweigen umgibt auch die Betroffenen selbst, die bis heute mit Stigmatisierungen und Vorurteilen zu kämpfen haben und über die man eben am besten – schweigt. Oder aber: Herr oder Frau XY waren dann eben wegen einer Nierenkolik im Spital. Und wenn man doch einmal darüber redet, dann hinter vorgehaltener Hand: „Frau XY, wussten Sie das schon? Die sitzt jetzt im Irrenhaus. Habe ich mir doch gleich gedacht. Irgendetwas stimmte doch mit der nicht“.

Ich weiß nicht, wie Sie dazu stehen, aber ich finde solch ein beredtes Schweigen äußerst respektlos.

Art am Geschehen unbeteiligt vor, fühlen sich weder mit sich selbst noch mit ihren Mitmenschen emotional verbunden. Oder sie erleben ihre eigenen Bewegungen oder ihre Stimme als fremdartig, als seien sie Akteure in einem Film, ein Phänomen, das als **Depersonalisationserleben** zu den Ich-Störungen gehört (siehe Kap. 6). Zusammen mit dem als äußerst unangenehm erlebten Gefühl **der Gefühllosigkeit** liegt in der Überzeugung, sich schuldig gemacht und versagt zu haben, eine der Wurzeln für die tiefe Verzweiflung dieser Patienten, die nicht selten von **Suizid- und Erlösungsgedanken** begleitet ist: Die Angehörigen sollen erlöst werden, weil man sich selbst als unzumutbar erlebt. Insbesondere wenn sich das Denken ins Wahnhafte steigert und die Betroffenen der Überzeugung sind, ein Nichts zu sein oder gar nicht mehr zu existieren, fühlen sie sich in einem Strudel quälender Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit gefangen und es besteht ein hohes Suizidrisiko.

Das sog. Burnout-Syndrom

Apropos Arbeitsplatz: Manchmal ist es vielleicht gar nicht so schlecht, seinen Arbeitsplatz zu verlieren. Gesünder wäre es natürlich, wenn Sie selber die Idee haben würden, zu kündigen. Es fühlte sich in jedem Fall besser an. Selbstbestimmter. Wissen Sie, warum? Warum es gar nicht so schlecht wäre?

Mit den Chefs verhält es sich meist so, wie mit manchen Ärzten: Nicht wenige sind arrogant, überheblich und glauben alles besser zu wissen. Sie werden jetzt vielleicht denken: Mein Chef ist zwar ein – na, da fällt Ihnen bestimmt gleich etwas Passendes ein ... aber in meiner Situation, in meiner speziellen Situation ist ein Spatz in der Hand immer noch besser als – besser als was?

Hoffen Sie nicht auf die Taube auf dem Dach! Denken Sie an einen – Pfau: erhaben, stolz und sich seiner Wirkung bewusst durchschreitet er Ihren Garten! Zumindest die Männchen. Warum es bei uns Menschen andersherum ist? Keine Ahnung! Ein Burnout trifft daher gefühlt auch eher die Männchen, pardon, ich meinte, die Männer. Jedenfalls fliegt der Pfau nicht weg. Er könnte Ihnen gehören. Doch geben Sie sich mit einem Spatz in der Hand zufrieden! Sie verzehren sich vor grimmiger Leidenschaft für eine Arbeit, zu der Ihnen schon lange nichts anderes mehr einfällt als: Wann ist endlich Feierabend?

Doch egal, ob von Kollegen gemobbt oder dem Chef gefoppt: Sie sagen sich: „Da muss man(n) eben durch.“ Und wenn dann gar nichts mehr geht – denn es wird natürlich anstatt besser mit der Zeit alles noch viel schlimmer! Wenn gar nichts mehr geht, sagen Sie sich: „Dann muss ich mich eben mehr anstrengen. Sicher liegt es an mir, dass mein Chef immer so unglücklich dreinschaut und ständig etwas auszusetzen hat.“

Bis Sie erkannt haben, dass Ihr Chef ein notorischer Nörgler ist und sein Genörgel nichts, aber auch gar nichts mit der Qualität Ihrer Arbeit zu tun hat – er scheint es wohl irgendwie zu brauchen – sind Sie möglicherweise bereits – depressiv. Und nennen es Burnout. Das klingt besser als depressiv.

Doch dazu später!

...

Dieser Rap ist meinen beiden Chefs gewidmet. Ich habe ihnen den Rap sogar vorgeführt und den Text anschließend überreicht – im Mitarbeitergespräch. Sie werden sich jetzt sicher fragen, warum mir nicht sofort gekündigt wurde. Ganz einfach: In den Kliniken herrscht Ärztemangel. Um gefeuert zu werden, gehört mehr dazu, als lediglich einen RAP aufzuführen, der die Chefs aufs Korn nimmt. Bei Morddrohungen, okay, bei Brandstiftung vielleicht auch, jedoch ein Rap? Diese Zeiten sind vorbei. Zumindest wenn man schon drin ist im Laden. Anders sähe es vielleicht bei einem Bewerbungsgespräch aus. Da muss man aufpassen. Doch bin ich auf der anderen Seite der Meinung, dass man als gefragter Arbeitnehmer gerade dazu übergehen sollte, vor Antritt einer neuen Stelle eine Art Chef-Belastungstest durchzuführen.: Präsentieren Sie doch einmal bei Ihrem nächsten Bewerbungsgespräch diesen Burnout-Rap – Sie können ihn singen, instrumental begleiten oder dazu tanzen, je nach Begabung halt. Es reicht zur Not sicherlich auch, ihn einfach nur zu sprechen. Anschließend beobachten Sie genauestens die Reaktion Ihres zukünftigen Chefs: Verzieht er keine Miene, so ist dies ein untrügliches Zeichen dafür, dass er sich getroffen fühlt und Sie können sich ausrechnen, wo Sie in einigen Jahren gelandet sein werden: beim Psychiater. Schmeißt er Sie kurzerhand raus, dann können Sie erleichtert aufatmen und sich sagen: Glück gehabt! Denn Ihnen ist es gelungen, Schlimmeres zu verhüten. Sollte Ihr Chef jedoch Ihren Humor bewundern, Sie für einen ungewöhnlichen, eigensinnigen Kopf halten und der Auffassung sein, dass sich seine Firma Ihre unkonventionelle Art und Ihren Witz unbedingt zunutze machen sollte, wenn er lacht und begeistert zu sein scheint: Dann können Sie davon ausgehen, dass Sie im Begriff sind, genau den Arbeitsplatz zu ergattern, an dem Sie und Ihre Fähigkeiten, Ihr Mitdenken und Ihre Kreativität gefragt sein werden und an dem Sie sich vermutlich auch noch in fünf Jahren gut aufgehoben fühlen werden. (Ausschnitt)

....

Der Begriff Burnout geht zurück auf den Psychoanalytiker J. Freudenberger (1927-1999), der ihn aus dem Erleben des eigenen beruflichen „Ausgebranntseins“ das erste Mal 1974 in einer Publikation verwendete.

Ein Syndrom ist eine Bezeichnung für eine Gruppe unterschiedlicher Symptome, die für eine bestimmte Erkrankung typisch sind. Das Burnout ist trotz der Statements zahlreicher selbsternannter und vor allem selbstbewusst auftretender Experten keine medizinisch anerkannte Diagnose. Folglich entbehren auch die verschiedenen, sich im Umlauf befindlichen Phasenmodelle, die die Entwicklung eines Burnouts in zwei bis zehn Stufen beschreiben, wissenschaftlicher Grundlagen. (Ausschnitt)

Gibt es eigentlich Hinweise, die gegen das Vorliegen einer Depression sprächen? Es fällt auf, dass es offenbar Schwierigkeiten mit dem Stimmungsprotokoll gibt. Er findet es „nicht so toll“, erlebt das Ausfüllen desselben drei Mal täglich als Druck. Möglicherweise fühlt er sich gegängelt, kontrolliert. Eine „Repression“ sei das. Sein Therapeut dagegen scheint von Stimmungsprotokollen geradezu begeistert

zu sein. Sie seien „ein großer Schritt“, für ihn „ein großer Hit.“ Doch macht sein Patient nicht den Eindruck, als sei dieser gut auf seinen Therapeuten zu sprechen. Soll der doch seine Stimmungsprotokolle selber ausfüllen. Und denken Sie nur an seine kaum zu verhehlende Schadenfreude, als sein Psychotherapeut selber depressiv erkrankt!

Jedenfalls pfeift er auf dergleichen Protokolle. –Schade eigentlich! Denn zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs können Stimmungsprotokolle durchaus hilfreich sein. Zudem wird neben der Gestimmtheit hier auch der in der Depression meist verminderte Antrieb mit dokumentiert. Doch erscheint dies vielen Patienten zweitrangig und nebensächlich. Was vor zwei oder drei Wochen war: keine Ahnung. Vergessen. Aktuell liegt dies oder jenes an, und das soll jetzt bitte auch Thema der Sitzung sein. Auf Nachfrage erfährt der Behandelnde dann, dass die Beschwerden nach dem letzten Termin sich zunächst gebessert hatten und das jetzige Stimmungstief die Folge eines belastenden Ereignisses XY ist.

Im REIM-Text zeigt sich der Therapeut geradezu persönlich gekränkt: er brandmarkt das Vergessen des Stimmungsprotokolls als „vermessen“. Dies wiederum lässt sich sein Patient nicht gefallen. Dass ein Depressiver offen in Opposition zu seinem Therapeuten geht und ihm signalisiert, dass er „die Nase voll“ habe, wäre indes sehr ungewöhnlich und spräche tendentiell gegen das Vorliegen einer Depression. Viel häufiger ist, dass aus dem Gefühl heraus, immer alles falsch zu machen, er sich selber anklagt. Der „Finger der Schuld“ zeigt auf die eigene Person – alles andere wäre für eine Depression mehr als untypisch. (Ausschnitt)

Nackte Fakten

(Depressive Syndrome im Kontext bipolarer affektiver Störungen – früher als manisch-depressiv bezeichnet – oder anderer psychischer Erkrankungen wurden nicht berücksichtigt):

1. Lebenswahrscheinlichkeit, an einer depressiven Episode zu erkranken: 16 bis 18 %.
2. Aktuell Betroffene: 5,6 %, d.h. 3 Millionen Erkrankte in Deutschland.
3. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. (Ausschnitt)
- 4.