

Jakob Hein

Hypochonder leben länger

und andere gute
Nachrichten aus meiner
psychiatrischen Praxis

Galiani Berlin

Aus Verantwortung für die Umwelt hat sich
der *Verlag Galiani Berlin* zu einer nachhaltigen Buchproduktion
verpflichtet. Der bewusste Umgang mit unseren Ressourcen,
der Schutz unseres Klimas und der Natur gehören
zu unseren obersten Unternehmenszielen.

Gemeinsam mit unseren Partnern und Lieferanten setzen wir uns
für eine klimaneutrale Buchproduktion ein, die den Erwerb von
Klimazertifikaten zur Kompensation des CO₂-Ausstoßes einschließt.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.klimaneutralerverlag.de



Verlag Kiepenheuer & Witsch, FSC® N001512

Verlag Galiani Berlin
© 2020, Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln
Alle Rechte vorbehalten
Covergestaltung Manja Hellpap und Lisa Neuhalfen, Berlin
Lektorat Esther Kormann
Gesetzt aus der Eskorte Latin
Satz Buch-Werkstatt GmbH, Bad Aibling
Druck und Bindung GGP Media GmbH, Pößneck
ISBN 978-3-86971-272-7

Weitere Informationen zu unserem Programm
finden Sie unter www.galiani.de

Inhalt

Irrenarzt	9
Der Psychiater, der ich nicht bin	17
Kennen Sie Argan?	29
Niedergelassen und niedergeschlagen.....	37
Rund um die Uhr.	47
Hypochonder leben länger	57
Es heißt ja nicht Schweigerecht	67
Problemlöser	75
Die Rolle als Arzt.....	85
Das Orakel vom Heinrich-Heine-Platz	95
Zauberkünstler	103
Die eine Sache, die ich selbst herausgefunden habe	113
Ein klares und entschiedenes Jein	119
Ich habe keine Ahnung, was Kurt Cobains Problem war	133
Ein männlicher Therapeut.	141
Ein »ja«, das ich stets verneine.	151
Experte für Hochbegabung	159
Pubertät ist nicht heilbar	171
Für oder gegen Cannabis	179
Menschenfreund.....	189
Warum ich oft die Diagnose meiner Patienten nicht weiß	199
Tabulose Therapie.....	211
Experte	221

Der folgende Text spiegelt ausschließlich die Meinung des Autors wider. Jegliche verwendeten Namen und Personen sind fiktiv, Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Personen sind zufällig und nicht beabsichtigt. Wird im Text die weibliche Form verwendet, sind in der Regel auch männliche Personen gemeint und umgekehrt.

Für die Idee zu diesem Buch möchte ich der Wissenschaftsjournalistin Kerstin Kullmann danken. Am Rande eines Gesprächs fragte sie mich, warum ich denn nie über meine Arbeit als Psychiater schreibe. Ich antwortete ihr, dass ich dazu keine rechte Lust hätte, weil viele Menschen bereits eine genaue Vorstellung von meinem Beruf hätten ohne den Schatten einer Ahnung.

»Dann schreiben Sie doch einfach *Der Psychiater, der ich nicht bin*«, schlug sie vor.

Diesen Vorschlag von Frau Kullmann fand ich wunderbar. Er öffnete mir gedanklich eine Tür. Zwar wollte ich immer noch nicht darüber schreiben, was ich für ein Psychiater bin. Aber den Psychiater zu beschreiben, der ich *nicht* bin, das fand ich einen guten Ansatzpunkt. Und so entstand im Laufe der vergangenen Jahre dieses Buch.

Irrenarzt

*»Schwer stelle ich mir Ihren
Beruf vor. Sehr schwer!«*

Psychiater wollte ich schon in meiner Jugend werden. Damals rollte gerade mal wieder eine Psychowelle durchs Land. In den Zeitschriften gab es Berichte von Experten, die allein aus der Körperhaltung, in welcher ein Mensch im Bett schläft oder wie er sich einen Kaffeekrümel von der Lippe zupft, ablesen konnten, welche sexuellen Fantasien der Krümelzupfer zu verbergen suchte. Insbesondere wussten diese Experten auch das, was die Objekte ihrer Analysen nicht einmal selbst von sich wussten: Wer gern aufräumte, war anal fixiert, wer rauchte, war oral fixiert und wer gern Handball spielte, war vermutlich manual fixiert. Die Experten drückten sich unvorstellbar kompliziert aus und waren in ihren Analysen völlig sicher, frei von Zweifeln. Sie konnten mit letztgültiger Sicherheit die psychische Verfassung ganzer Gruppen von Menschen auf den Punkt bringen.

Da ich so wie viele in der Jugend gerade eine Zeit durchlebte, in der ich auf intensive Weise meine eigene Psyche nicht verstand, erschien mir die Vorstellung, irgendwann nicht nur dieses Dilemma zu lösen, sondern auch noch die Psychen anderer Menschen zu verstehen, äußerst verlockend. Nahezu schon paradiesisch kam mir damals der Gedanke vor, die Psyche von Frauen verstehen zu können. Das hätte mich von allen meinen männlichen Freunden unterschieden und auch von einigen weiblichen. Ein angenehmer Nebeneffekt meiner Begeisterung für die Psychiatrie war, dass ich endlich eine Antwort auf die Frage parat hatte, mit der Jugendliche von Erwachsenen am häufigsten gequält werden. Ich konnte jetzt sagen, dass ich Psychiater werden wolle, aus einem mir nicht bewussten Grund konnte ich diesen Wunsch sogar noch konkretisieren: Ich wollte Kinder- und Jugendpsychiater

werden. Das klang kompliziert und spezifisch und schob ungewollten Berufsberatungen auf Familienfesten einen Riegel vor. Sogar unter Gleichaltrigen war mein Berufswunsch auf eine leicht gruselige Art akzeptabel.

Meine Eltern fanden meine Faszination interessant und wesentlich unterstützenswerter als meine vorherige Idee, irgendeine Art von Künstler werden zu wollen. Darum kauften sie mir Bücher zum Thema, Klassiker der psychologischen und psychotherapeutischen Literatur. Mit viel Interesse und oft auch einiger Mühe las ich und las, manchmal verstand ich etwas, häufiger ergaben sich neue Fragen. Und je mehr ich eintauchte in die komplexen Fragestellungen, desto interessanter wurde das Gebiet für mich. Obwohl ich irgendwann sicher war, dass auch der beste Kenner der menschlichen Psyche nicht über eine Art psychologischen Röntgenblick verfügt, mit dem er die Seele seines Gegenübers durchschauen kann, unabhängig davon, ob der das möchte oder nicht, war mein Wunsch, Psychiater zu werden, nicht kleiner geworden, sondern sogar gewachsen.

In der ersten Zeit war ich davon ausgegangen, dass ich für die Ausübung dieses Berufes Psychiatrie studieren müsste. Wie die meisten Menschen hatte ich keine Ahnung von den Unterschieden zwischen Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse. Irgendwie, so nahm ich an, war das bestimmt alles dasselbe. Meine Eltern kamen aus der Welt von Theater und Film, wo die Grenzen zwischen Dramatiker, Dramaturg, Redakteur und Regisseur auch fließend waren. Alle hatten Germanistik studiert und waren der Meinung, den eigentlich entscheidenden künstlerischen Beitrag geleistet zu haben.

Da ich niemanden kannte, der Psychiatrie studiert hatte und das Fach auch im Fächerkatalog der Uni nicht gelistet war, vermutete ich stark, Psychologie studieren zu müssen, um später Psychiater werden zu können. Warum ich ausgerechnet diesen Beruf anstrebte und nicht Psychologe werden wollte, kann ich heute nicht mehr sagen. Ich bin mir jedenfalls absolut sicher, dass es nicht an einem unbewussten Verlangen lag, Medikamente zu verschreiben.

Irgendwann fand ich heraus, dass ein Psychiater zunächst Medizin studieren muss. Das war eine Überraschung. Warum sollte man dröge Fakten über die Leber und das Sprunggelenk lernen, wenn man doch nur psychisch Kranken helfen wollte? Das erschien mir wie eine merkwürdige Verschwendung von Zeit und Wissen. Dasselbe Gefühl sollte ich übrigens kurze Zeit später bei meinen Kommilitonen wiederfinden, die Chirurgen oder Internisten werden wollten und sich nun fragten, warum sie hier in einem Seminarraum saßen und etwas über Freuds Strukturmodell der Psyche lernen mussten. In jedem Fall fügte ich mich in die Notwendigkeiten und bewarb mich erfolgreich für ein Studium der Humanmedizin.

Das – sagen wir mal: traditionelle – Medizinstudium bereitete mir an seinem Anfang ziemliche Schwierigkeiten. Weitgehend losgelöst von Menschen oder Medizin sollte man die physikalischen, biologischen und biochemischen Grundlagen der Humanmedizin pauken. Diese Zeit, die vor allem aus unfassbar schweren Prüfungen bestand, habe ich auch darüber hinaus als große Prüfung empfunden. Mir kam das Ganze wie ein brennender Reifen vor, durch den alle Medizinstudenten springen

mussten, wenn sie auf die richtige Seite des Studiums kommen wollten. Niemand interessierte sich dafür, ob wir vor dem Studium irgendwas gelernt hatten oder vielleicht sogar schon etwas konnten. Zwei Jahre lang ging es nur darum, genügend Fakten auswendig zu lernen, um in der nächsten Prüfung nicht durchzufallen. Erklärtes Ziel war die Note vier. Bekam ich gelegentlich (selten) eine bessere Note, nahm ich das erstaunt zur Kenntnis, war aber innerlich schon wieder damit beschäftigt, die nächste Hürde knapp überspringen zu können.

Wir trafen in der Zeit auf keinen lebenden Patienten und unsere Lehrer gaben sich auch größtenteils keine Mühe, irgendeinen Bezug ihrer Fächer zu einer medizinischen Realität herzustellen. Die wichtigste Begründung für das Auswendiglernen war, dass es eben sein musste. Ich hatte immer das Gefühl, dass wir gewissermaßen Geiseln waren und für jede unqualifizierte Frage eines klinisch tätigen Arztes an eine Biochemikerin oder einen Anatomen büßen sollten. Würden wir erst mal geschafft haben, selbst Ärzte zu sein, dann könnten sie uns nicht mehr unterwerfen, darum schienen sie uns prophylaktisch zu bestrafen.

Viele meiner Freunde studierten irgendwas mit Kunst oder Medien. Wenn ich mich manchmal früher von einer Feier verabschiedete oder nicht zu einem Festival mitkommen konnte, weil ich noch lernen musste, sagten sie oft: »Schade! Wann ist denn die Prüfung?« Wenn ich ihnen dann zu verstehen gab, dass diese Prüfung, auf die ich mich gerade vorbereiten musste, in zwei oder drei Monaten stattfinden würde, änderte sich ihr Gesichtsausdruck. Sie schauten mich entsetzt und enttäuscht an, wie um zu sagen: »Dann sag doch, dass du keine Lust

hast mitzukommen, und schiebe nicht irgendeine fiktive Prüfung als Ausrede vor.« Denn wenn sie für eine Prüfung in Kunst oder Medien lernen mussten, dann höchstens ein, zwei Wochen lang. Aber ich lernte über Wochen und Monate. In den schlimmsten Zeiten verließ ich die Wohnung nur, um Lebensmittel zu kaufen. Die Welt da draußen kam mir dann unwirklich, wie die Kulissen eines Filmes, vor.

Zum Glück endete diese Studienphase mit dem Erwerb des Vordiploms. Wir erhielten den Titel *candidatus medicinae*, abgekürzt *can. med.*, ein Pseudotitel, der mehr über den Dünkel der Ärzteschaft als über den Träger des Titels aussagt. Bis heute erinnere ich mich an einen Kommilitonen, der erleichtert aufschaute, als er die Nachricht vom Bestehen seines Vordiploms bekam, und zu mir sagte: »Wenn ich demnächst sterben sollte, möchte ich aber auch, dass wenigstens *can. med.* auf meinem Grabstein steht.« Noch merkwürdiger als dieser Wunsch erschien mir damals nur, dass ich ihn voll und ganz verstehen konnte.

Danach begann zum Glück der Teil des Medizinstudiums, der diesen Namen auch verdient hatte. Wir sprachen über Krankheiten, trafen Patienten, lernten Diagnosen zu stellen, Laborwerte zu verstehen, Methoden der Bildgebung einzusetzen. Sowohl mein Spaß am Studium als auch meine Zensuren stiegen sofort sprunghaft an. Im Nachhinein verstand ich, wozu wir Anatomie und Biochemie brauchten, und baute mir Kenntnisse auf diesen Gebieten auf. Ich bin überzeugt, dass diese Grundlagen notwendig sind, so wie jedes Haus ein gutes Fundament braucht. Aber wenn man Architekturstudenten zwei Jahre lang mit nichts als Bauvorschriften

für Fundamente quält, verliert man vermutlich viele, die womöglich gute Architekten geworden wären.

Besonders schön war für mich, dass ich nach der Rundreise durch alle möglichen Arztberufe wieder zu meinem Ausgangspunkt zurückfand, Kinder- und Jugendpsychiater werden zu wollen. Keinesfalls wollte ich Chirurg werden, weil ich mich davon überzeugen konnte, dass ich dafür keinerlei Talent habe. Nicht viel anders ging es mir mit der Radiologie. In jedem Fall wollte ich direkt mit Patienten zu tun haben, aber lieber etwas weniger direkt als in der Gynäkologie. An der Inneren Medizin gefiel mir das Rauf, Runter, Mit- und Gegeneinander der vielen verschiedenen Medikamente nicht. Ganz klar fand ich die Psychiatrie am interessantesten. Und ich wünschte mir eine Arbeit mit Kindern, weil die sich ihren Witz noch nicht abgewöhnt hatten. Und so entschloss ich mich erneut, Kinder- und Jugendpsychiater zu werden, was für mein Umfeld eine deutlich geringere Überraschung war als für mich selbst.

Der Psychiater,
der ich nicht bin

*»Für Sie ist das bestimmt
alles ganz normal.«*

Als Psychiater musst du damit leben, dass die Leute ein klares Bild von deiner Arbeit haben. Genau genommen sind es zwei Bilder: erstens der vollbärtige, mindestens wunderlich zu nennende, ältere Herr, der neben der Couch dämmert, auf der gerade eine Dame mittleren Alters ihre auf eine sexuelle Minderbetätigung zurückzuführende Lebenskrise ausbreitet. Nach drei oder sieben Jahren wacht der Herr kurz aus seinem Dauerschlaf auf, sagt seiner Patientin, worauf ihr Leiden zurückzuführen ist (die sexuelle Minderbetätigung), und schläft dann weiter. Für jede Stunde berechnet er ungefähr neunhundert Euro, eher mehr. Der Mann ist ebenso unfähig wie reich. Sein ganzer Berufsstand ist Ausdruck und Beweis der Dekadenz unserer Welt und könnte ohne Konsequenzen abgeschafft werden.

Das zweite Bild, das die Menschen von der Arbeit eines Psychiaters haben, ist das eines weiß bekittelten Sadisten, der in einem Irrenhaus am Rande der Stadt hinter geschlossenen Türen arbeitet. Die dortigen »Patienten« sind allesamt in mental deutlich normalerer Verfassung als ihre in den Rollen von Ärzten und Pflegern auftretenden Gefängniswärter. Die Tätigkeit des Psychiaters besteht darin, den als Patienten deklarierten, wild schreienden, in Zwangsjacken gefesselten Gefangenen hinterrücks per Spritze oder Zwangsmaßnahmen Unmengen von Psychopharmaka zu verabreichen, die zwar völlig wirkungslos für die psychische Gesundheit von Menschen sind, dafür aber ein schier unendliches Spektrum schrecklicher Nebenwirkungen verursachen.

Diese zwei Bilder der Tätigkeit von Psychiatern sind gewissermaßen Tradition, sie werden immer wieder repliziert und voneinander kopiert, in Kunstwerken wie-

derholt und somit perpetuiert. Seit 1971 vergeht kein Jahr in Deutschland, in dem nicht mindestens ein »Tatort« seinen zehn Millionen Zuschauern eines dieser Klischees über Psychiatrie bestätigt. Bis heute kannst du einer Filmproduktionsfirma kaum eine Geschichte anbieten, in der eine psychische Krankheit vorkommt, wenn nicht mindestens eines der landläufigen Stereotype darin bestätigt wird. Besonders übel ist daran, dass nebenbei auch die psychisch Kranken stigmatisiert werden. Denn in beiden Klischees ist ihre Krankheit nicht echt und nicht behandlungsbedürftig.

Ich war einige Jahre in unserer Klinik als Ansprechpartner für die Öffentlichkeit zuständig. Ich weiß gar nicht, wie viele Anfragen von Produktionsfirmen ich bekam, bei welcher Firma wir denn unsere Zwangsjacken beziehen würden. Im Internet hatten sie wohl nichts gefunden. Wenn ich ihnen sagte, dass ich Zwangsjacken nur aus Filmen über die Psychiatrie, nicht aber aus der Psychiatrie selbst kennen würde, war ihre Enttäuschung fühlbar. Vielleicht dachten sie, dass unsere wahre Bezugsquelle geheim sei. Es ist schon gruselig, wie schlimm sich manche Filme die Psychiatrie wünschen, um sie dann dafür zu verurteilen.

In den Psychiatrien dieser Filme wird nie einem Menschen geholfen. Hier werden nur Gesunde krank gemacht und psychisch Kranke noch stärker in ihr Leid gestürzt. Das alles ist ärgerlicher Unsinn, denn bei allen Schwierigkeiten und Grenzen unserer Arbeit können wir schon sehr vielen Patienten gut und sehr gut helfen. Und wenn nur ein suizidaler Patient wegen dieser Filmklischees und Klischeefilme nicht zum Psychiater geht, dann ist das ein Mensch, dem wir lieber geholfen hätten.

In meiner Familie gibt es Mathematiker und Physiker und vermutlich leben zumindest zusammengenommen genauso viele Mathematiker und Physiker wie Psychiater in Deutschland. Doch ihnen gegenüber hat niemand Vorurteile über ihre Arbeit oder darüber, was für Menschen diese Berufe ausüben. Denn neben Vorurteilen über unsere Arbeit gibt es noch einen Riesensack an Vorurteilen über Psychiater selbst, insbesondere das eine: Wir sind nämlich allesamt selbst verrückt.

Vorurteile haben trotz ihres schlechten Rufs überraschend viele Vorzüge. Auch wenn wir gern anders von uns denken, blickt doch fast jeder von uns mit vielen, vielen Vorurteilen auf die Welt. Statt uns aufgrund der detaillierten Analyse aller vorhandenen Fakten und Informationen unsere Meinung zu bilden, beurteilen wir Personen und Situationen aufgrund vorher gemachter Erfahrungen. Wir grübeln nicht stundenlang, ob wir auf die Argumente eines schwer Betrunkenen eingehen sollen, der gerade die Relativität der Zeit infrage stellt, sondern entfernen uns möglichst weit von ihm. Dabei ist nicht auszuschließen, dass er hochinteressante Erkenntnisse mit uns teilen könnte, aber wir haben Vorurteile ihm gegenüber und dem, was er so in diesem Zustand von sich gibt. Vorurteile sparen jede Menge Zeit, die man sonst für Betrachtung und Analyse verwenden würde.

Ich hatte einmal das Privileg, die Abschlussveranstaltung zum Psychiatriekurs vor einem ganzen Jahrgang von Medizinstudentinnen zu halten. Ich zeigte Filmbeispiele psychischer Störungen aus der Fernsehserie *Die Simpsons* und erläuterte deren diagnostische Einordnung. Die Idee dahinter war, das in den vergangenen Wochen Gelernte auf humorvolle Weise zu vertiefen. Nachdem

sich die Studentinnen über die Veranstaltung gefreut zu haben schienen, bot ich an, noch abschließende Fragen für die bevorstehende Prüfung zu beantworten. Fragen, die sich in den letzten Kurswochen ergeben hätten, ohne dass die Studierenden diese Fragen hätten loswerden können. Nach einem längeren Schweigen ging schließlich eine Hand in die Höhe. Eine Studentin erhob sich in der letzten Reihe und fragte mich: »Wie kommt es eigentlich, dass alle Psychiater immer einen an der Klatsche haben?«

Zur Ehrenrettung des Jahrgangs muss ich sagen, dass die Mehrheit der Studierenden nach dieser Frage peinlich berührt war. Sicher nicht so peinlich wie ich, der ich zunächst einige Sekunden brauchte, meine Emotionen zwischen Wut und Weglaufwunsch wieder in den Griff zu bekommen. Im Grunde hatte sie damit auf vielfältige Weise unter Beweis gestellt, dass sie das Kursziel nicht erreicht hatte. Erstens hatte sie noch nicht genügend Psychiaterinnen und Psychiater kennengelernt, die vollkommen unauffällig durch das Leben gehen, zweitens hatte sie nicht verstanden, dass psychische Krankheiten so wie alle anderen Erkrankungen nicht zum Stigmatisieren der betroffenen Menschen verwendet werden sollten. Und drittens fragte ich mich, ob es nicht heißen musste: » ... eine Klatsche haben ...« denn zumindest in meiner Jugend war das der Ausdruck für »verrückt sein« und wenn man ohnehin schon »eine Klatsche hat«, was sollte es dann bedeuten, an ebenjener Klatsche auch noch etwas zusätzlich zu haben. Das wäre ja so, als ob man einen Garten an der Datsche hätte, einfach eine Tautologie. Gerade den semantischen Teil meiner Kritik wollte ich mit der jungen Kollegin lieber nicht bespre-

chen, denn das hätte sie in ihrer Einschätzung vermutlich noch bestärkt.

Es gibt wohl kaum Vertreter anderer Berufe, die sich derart unverhohlen plumpe Ressentiments anhören müssen. Außerdem sollte man sich allein in Hinblick auf schriftliche Prüfungen merken, dass praktisch jede Aussage über Angelegenheiten des Menschen, in denen die Worte »immer«, »alle«, »nie« und »keiner« vorkommen, falsch sind. Ich merke es mir so: »Sätze mit immer, nie, alle und keiner stimmen alle immer nie und keiner von ihnen ist richtig.« Das ist zwar wenig elegant formuliert, aber Eselsbrücken mit kleinen Schönheitsfehlern kann man sich leichter merken als solche ohne. Auch das war eben eine Eselsbrücke, aber die mit »immer« und »nie« können Sie sich bestimmt leichter merken, oder?

Ich frage mich natürlich häufig, wie es eigentlich kommt, dass Psychiaterinnen und Psychiater solchen Vorurteilen ausgesetzt sind. Dazu habe ich zwei Hypothesen: Erstens ist das Vorurteil einfach falsch, so wie die meisten gruppenbezogenen Vorurteile im konkreten Fall unzutreffend sind. Und jeder Psychiater, den irgendeiner kennt, vorzugsweise die Cousine der Nichte eines Arbeitskollegen, der sich auffällig verhält oder verhalten hat, wird gern, dauerhaft und überregional für dieses Vorurteil herangezogen. Und es findet natürlich bei Psychiatern besondere Beachtung, wenn sie sich psychisch auffällig verhalten, ähnlich wie einem die schlechte Haut einer Dermatologin sofort ins Auge fiel. Außerdem braucht jeder einen guten Grund, warum er einen bestimmten Dienstleister nicht mehr aufsucht. Der Friseur schneidet die Haare schlecht, das Gemüse des Händlers ist nicht mehr frisch, die Tabletten des

Internisten helfen nicht gut, aber was soll man schon vom Psychiater sagen?

Dass man selbst ein ungepflegtes Individuum sein könnte, das die Pflegehinweise des Friseurs in den Wind schlägt, das das wenige Gemüse falsch lagert und nicht isst und lieber vergammeln lässt und das die Tabletten gegen den hohen Cholesterinspiegel vorzugsweise mit Bauernfrühstück oder Sahnetorte verzehrt – wer möchte darüber schon nachdenken? Nur was könnte der Fehler der Psychiater sein? Er ist natürlich selbst verrückt, darum haben seine Ratschläge gegen die Alkoholabhängigkeit kein bisschen geholfen.

Zweitens glaube ich, dass wir Psychiaterinnen und Psychiater sehr viel mit dem Thema psychische Normalität zu tun haben. Dadurch haben wir gelernt, dass die psychische Normalität viel weiter gefasst ist, als es die meisten Menschen wahrhaben wollen. Ist man beispielsweise überzeugt, ein Gesandter des Planeten Mars auf der Erde zu sein, und folgt aus dieser Überzeugung kein Problem für den Marsmenschen selbst oder seine Mitbewohner hier auf der Erde, außer dem Umstand, dass ihm die Mehrzahl der Erdmensen widersprechen wird, so ist das aus psychiatrischer Sicht nicht unbedingt ein behandlungsbedürftiger Zustand.

»Na, hören Sie mal, das ist doch nicht normal!«, wird einem der eine oder die andere Angehörige wütend entgegenschreien. »Da müssen Sie doch was machen. Ich denke, Sie sind Psychiater!«

Doch wir können da nur mit den Schultern zucken. Nach Ansicht der meisten Menschen ist das sicher nicht normal, aber es ist die Art von Unnormalität, für die wir uns nicht zuständig fühlen. Schließlich behandeln wir

Patienten, also Leidende, und wenn die Menschen nicht leiden, fühlen wir uns in der Regel nicht bemüßigt, ihnen zu helfen, von welchem Planeten sie nun auch kommen mögen.

Durch unseren Umgang mit der Normalität des menschlichen Miteinanders und ihren Außenbereichen haben vielleicht einige von uns die Schamhaftigkeit gegenüber unseren eigenen Schwächen abgelegt. Ein Kollege von mir kam zum Beispiel täglich mit zwei Hunden der Rasse Mops zu seinem Arbeitsplatz, ich möchte hier auf die sich nahezu zwangsläufig ergebenden Wortspiele verzichten, ich bin mir sicher, dass er sie alle schon mehrfach gehört hat. Ich selbst spiele mit meinen Patienten gern *Bop it!*, ein Spiel, bei dem man gegen einen ziemlich hässlichen Plastikklotz schlagen muss, und bestimmt habe ich noch weitere Macken, die ich nicht einmal in der Lage bin zu erkennen. Legt man nun eine sehr engherzige Lesart von Normalität zugrunde, so kann man vielleicht tatsächlich zu der Schlussfolgerung kommen, dass Psychiater alle selbst nicht normal seien. Aber das liegt mehr im Auge des Betrachters als im Gegenstand seiner Betrachtungen. Es hängt mit kognitiver Dissonanz zusammen, über die später noch zu reden sein wird.

Wer sind also meine Patientinnen und Patienten, wenn sie weder hobbylose Milliardärgattinnen noch schreiende Psychomörder sind? Ich bekomme diese Frage oft gestellt und meine spontane Antwort war lange: »Menschen wie du und ich.« Aber ich musste feststellen, dass diese Antwort mein Gegenüber verunsicherte, ich glaube vor allem das Wort »Du« darin. Also versuchte ich es mit: »Ganz normale Menschen.« Dabei scheint es sich jedoch

um ein Paradoxon zu handeln, denn warum sollten sich »ganz normale« Menschen in psychiatrische Behandlung begeben?

Wenn es einen einzigen Begriff gibt, mit dem ich als Psychiater ein besonderes Problem habe, dann ist es das Wort *normal*. Und dabei geht es noch nicht einmal um dieses Wort, gern würde ich Menschen im Allgemeinen und meinen Patienten im Besonderen bestätigen, sie seien *normal*. Das Problem besteht für mich darin, dass dieser Begriff eine Dichotomie, eine Zweiteiltheit der Welt impliziert, die ich nicht teile, nämlich in Dinge auf dieser Welt, die *normal* sind, und eben Dinge, die *unnormal* sein sollen. Ich finde diese Zweiteilung sehr problematisch und unvorteilhaft. Denn wer genau sollte entscheiden dürfen, wo diese Grenze verläuft? Meiner Meinung nach sollten das weder Politiker noch Psychiater sein. Die Politik sollte definieren, welche Verhaltensweisen nicht akzeptabel für ein verträgliches gesellschaftliches Miteinander sind, und die Psychiatrie sollte denen helfen, die unter ihrem Verhalten oder dem ihrer Mitmenschen leiden.

In jedem Fall finde ich meine Patientinnen und Patienten nicht unnormal. Sie haben Probleme, sie leiden unter einer psychischen Krankheit oder unter sehr schwierigen Lebensumständen, aber sie sind nicht unnormal. Besonders hat sich mir eine Episode eingeprägt, als ich einen jungen Mann, der sich mit einer akuten Psychose in der Rettungsstelle vorgestellt hatte, auf unsere Akutstation begleitete. Der Mann litt akut unter starkem Verfolgungswahn und hörte Stimmen, mit denen er auch Gespräche führte. Er war drogenabhängig und ihm drohte die Obdachlosigkeit. Alle gängigen Vorstellungen

von psychischem Anderssein trafen gewissermaßen auf diesen Mann zu. Ich begleitete ihn lieber zu der Station, damit er dort sicher ankam. Bei akuten psychischen Erkrankungen besteht ein hohes Suizidrisiko, weil die Patienten diese schwerste Veränderung ihres Erlebens kaum aushalten können. Der Patient hatte nichts gegen meine Begleitung, er rauchte auf dem Weg und diskutierte unablässig mit seinen Stimmen.

Doch kurz bevor wir auf der Station eintrafen, schaute er mich plötzlich an und sagte: »Wo genau bringen Sie mich eigentlich hin?«

»Auf die Station 155«, sagte ich sowohl wahrheitsgemäß wie auch ausweichend. Wir gingen währenddessen weiter auf die Stationstür, unser nur noch wenige Meter entferntes Ziel, zu. Ich hatte Sorgen, dass mir mein Patient so kurz vor dem Ziel noch abhauen könnte.

»Was ist denn das für eine Station?«, fragte er.

»Von unserer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie«, sagte ich. Es war mir sehr wichtig, dass wir es auf die Station schafften.

»Aber nicht, dass da lauter Irre herumlaufen?«, sagte er.

»Nein«, konnte ich ihn da beruhigen, »da sind nur Menschen wie Sie und ich.«

Kennen Sie Argan?

*»Die meisten Menschen
sterben an ihren Arzneien, nicht
an ihren Krankheiten.«*

Häufig werde ich gefragt, was ich mit den Menschen mache, die bei mir in der Praxis einen Termin vereinbaren, in dessen Verlauf ich herausfinde, dass diese Person *gar nichts hat*. Ich bin schon häufig solchen Patienten und Patientinnen begegnet, allerdings nur in deutschen Fernsehfilmen.

Warum sollte ein Mensch sich die Mühe machen, einen Termin bei einem Psychiater zu vereinbaren, wenn dieser Mensch sich psychisch völlig stabil fühlt? So schwer, wie es derzeit ist, einen Termin bei einem Psychiater zu bekommen, wäre diese Person am Ende des Terminfindungsprozesses zumindest leicht instabil.

Und angenommen, es wäre so, dass ein Mensch psychisch völlig gesund ist, stabil sein Leben bewältigt, keine Abhängigkeit erzeugenden Substanzen konsumiert, keine Wahrnehmungsstörungen hat und nicht unter Beziehungsstörungen leidet, dieser hypothetische Mensch sich dann aber entschließt, einen Termin bei einem Psychiater zu vereinbaren, welches Ziel würde er dann verfolgen? Würde er mich darum bitten, ihm seine psychische Stabilität zu attestieren, und müsste es nicht ein Teil von psychischer Stabilität sein, dass man sich ihrer selbst sicher ist? Wenn man sich psychisch einerseits stabil fühlt, andererseits einen Psychiater aufsucht, um sich dies bestätigen zu lassen, darf man sich nicht wundern, wenn Letzterer Zweifel an Ersterem anmeldet.

Vielleicht macht er diesen Termin aber auch aus, um dem Arzt zu beweisen, welch lächerlicher Pseudowissenschaft dieser nachgeht. Obwohl der Patient weiß, dass er völlig stabil ist, »behandelt« (Anführungszeichen gewissermaßen nicht von mir) ihn dieser sogenannte Arzt trotzdem und stellt ihm sogar noch eine »Diagnose«,

obwohl er, der Patient, überhaupt kein Problem hat und sich bester psychischer Gesundheit erfreut. Tatsächlich würde ich auch in diesem Fall meine Zweifel an der Stabilität des Patienten anmelden. Wer so viel Zeit und Energie investiert, um einem anderen zu zeigen, dass er seine Arbeit verachtet, der hat ein aus meiner Sicht nicht zu vernachlässigendes Problem. Eine andere Frage wäre, ob ich Lust hätte, ihn zu behandeln.

Um die Sache noch komplizierter zu machen, gibt es auch die seltenen artifiziellen Störungen. Das sind Störungen, die tatsächlich darin bestehen, dass die Patienten ihre Symptome erfinden oder schlimmer darstellen, als sie diese empfinden. Meist geschieht das zur Erzielung eines sogenannten Krankheitsgewinns. Dieser kann eine gewünschte Berentung oder eine mildere juristische Bestrafung sein. Doch wird es dem erfahrenen Psychiater nicht sehr schwerfallen, diese Patienten zu identifizieren. Die Diagnose, mit der sich der Patient vorstellt, mag nicht zutreffend sein, das dahinterliegende Problem ist in der Regel erheblich.

In diesen Zusammenhang passt, dass es Menschen mit komplizierten psychischen Problemlagen gibt. Solange sie nicht in einem bestimmten Kontext stehen müssen, geht es ihnen gut. Wenn es ihnen aber *offiziell* gut geht, sind sie verpflichtet, wieder in den Kontext zurückzukehren, in dem es ihnen äußerst schlecht geht. Ein Beispiel sind Menschen, die auf ihrem Arbeitsplatz Mobbing ausgesetzt sind. Ich muss hier nicht darauf eingehen, wie schrecklich und traumatisierend das sein kann. Aber für das System entsteht oft ein Problem: Auf der Arbeit wird der Mensch sofort arbeitsunfähig krank, da er den Belastungen nachvollziehbar psychisch nicht gewachsen ist.