

JOSEF ALDENHOFF

**BIN ICH**

**PSYCHO**

... ODER GEHT DAS  
VON ALLEINE WEG?



Erste Hilfe  
für  
die Seele

C.Bertelsmann

Josef Aldenhoff

**Bin ich psycho?**

Josef Aldenhoff

# **Bin ich psycho ...** **oder geht das von alleine weg?**

Erste Hilfe für die Seele

C. Bertelsmann



Verlagsgruppe Random House FSC® N001967  
Das für dieses Buch verwendete FSC®-zertifizierte Papier  
*Munken Premium Cream* liefert Arctic Paper Munkedals AB, Schweden.

1. Auflage  
© 2014 by C. Bertelsmann Verlag, München,  
in der Verlagsgruppe Random House GmbH  
Umschlaggestaltung: buxdesign, München  
Satz: Uhl + Massopust, Aalen  
Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck  
Printed in Germany  
ISBN 978-3-570-10193-3

[www.cbertelsmann.de](http://www.cbertelsmann.de)

# Inhalt

- 9 Die Seele ist eine Zumutung
- 19 Ein uralter Begleiter – die Angst
- 31 Bin ich subjektiv oder objektiv – gesund oder krank?
- 37 Der übliche Blues – oder eine Depression?
- 66 Als junge Mutter depressiv?
- 71 Nimm Dir das Leben! – Suizidalität
- 76 Endlich fliegen! – Bipolar
- 86 Brauchen Sie einen Arzt?
- 92 Eingebildet krank? – somatoforme Störung
- 99 Es ist (fast) alles im Kopf – Schmerz
- 109 Do not harm!
- 115 Keine gute Nacht – Schlafstörungen
- 126 Ist das Leben zu zweit leichter? – Paarprobleme
- 139 Zu dick, zu dünn – wie kompliziert kann essen sein?
- 150 Das Licht kommt vom Ende – Alter als Chance
- 184 Brauchen – missbrauchen – abhängig werden
- 199 Von der Krankschreibung bis zum § 63 –  
Selbstverständlichkeiten oder juristische Fallstricke?

227	Über die Vor- und Nachteile des Denkens
253	Wie funktioniert das mit der Therapie?
261	Seelenverwundungen – Traumatisierung ist nicht selten
274	Seele & Co. – Respekt vor uns selbst
276	Dank
277	Glossar
334	Medikamentenübersicht
362	Literatur
364	Sachregister

*Für Uli  
und für Lilian, Lara, Anna-Lena und Johannes*

# Die Seele ist eine Zumutung

Geht es Ihnen eigentlich gut – oder sind Sie sich nicht so sicher?

Die Statistiken zumindest sind evident: Immer mehr Menschen haben seelische Probleme und suchen deswegen Hilfe. Das ist auf jeden Fall besser, als einsam vor sich hin zu leiden und schließlich bei Alkohol, Tabletten oder Selbstmord zu landen. Es wird allerdings auch diskutiert, dass Psychiater und Pharma-Industrie gerne bedrohliche Elefanten aus harmlosen Mücken machen, um sich und teure Medikamente gut an Sie zu verkaufen. Und wenn Sie sich tatsächlich aufraffen und mit einem Fachmann/einer Fachfrau sprechen wollen, dann finden Sie als Kasenpatient in der Regel keinen, der schnell Zeit für Sie hat.

Deshalb habe ich dieses Buch geschrieben.

- Als schnelle Orientierung: was Sie von schwierigen neuen Gefühlen und Gedanken zu halten haben, ob diese eine normale Reaktion auf eine vielleicht von Ihnen selbst herbeigeführte Lebenssituation sind, oder ob Sie tatsächlich zu einem Fachmann/einer Fachfrau gehen sollten, wobei das eine das andere nicht ausschließt.
- Als gut verständliche Information: über Störungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten – nicht für den Experten, sondern für die Betroffenen.
- Als meine persönliche Empfehlung an Sie: welche Therapien ich auf Grund meiner Erfahrung als Therapeut und Psychiater – gegebenenfalls auch für mich selbst – für sinnvoll erachte.



- Als erste Hilfestellung: wenn Sie in Not sind und an den abweisenden Terminkalendern von Ärzten zu scheitern drohen.

## **Wir kennen uns schlecht**

Obwohl ich fast vierzig Jahre als Psychiater, Psychotherapeut und Neurobiologe tätig bin, staune ich immer noch, wie wenig der Einzelne als möglicher Betroffener über die grundlegenden Reaktionsformen der Seele weiß und wie deutlich psychische Störungen in der Gesellschaft ignoriert und auch sanktioniert werden. Und ich wundere mich, wie wenig Vertrauen wir in unsere Reaktionen haben: Ist es nicht logisch, dass wir Menschen von traurigen wie schönen Ereignissen beeinflusst werden? Ist Angst nicht ein tief in jedem Lebewesen verankertes und überlebensnotwendiges Zeichen der Warnung? Was ist wichtig, damit wir uns im Altern wohlfühlen? Wie reagiert meine Seele, wenn sie verletzt wird? Wie funktioniert das mit der Liebe? Und wann beginnt Störung? Wann werden wir krank?

Als »Profi« habe ich in der Vergangenheit viele Erklärungen aus Fachbüchern übernommen, um allerdings immer häufiger, manchmal schon bei »einfachen« Aufklärungsgesprächen, zu merken, dass die Sicht des Betroffenen sich anders darstellt und anfühlt. Und mit Depression und Angst kenne ich mich nicht nur als Fachmann aus. Ich selbst habe im Rahmen der Ausbildung Psychotherapien gemacht, aber auch einige Male, weil ich es persönlich für nötig hielt. Diese meine Therapie-Eindrücke sind auch in die Überlegungen dieses Buches eingeflossen.

Nichts ist so persönlich wie unsere Seele. Und von nichts scheinen wir so wenig zu verstehen. Mit dem Körper ist es etwas besser; wir lernen ihn im Laufe unsres Lebens allmählich kennen, merken, wie er reagiert, wenn wir ihm etwas zumuten – Alkohol oder Marathonläufe.

Die Seele aber ist eine Zumutung. Jeden Morgen aufs Neue. Die Befindlichkeit vom Abend vorher ist verschwunden, nicht mehr abrufbar, Sie sind in einem neuen Zustand. Stabilere Phasen wechseln sich ab mit Zeiten, in denen Sie dünnhäutig, sensibel sind und sich verwundbar fühlen. Das ist normal.

Normal?

Damit sind wir schon im Zentrum des Geschehens. Die Frage, ob das, was Sie empfinden, denken, wahrnehmen, normal ist, noch normal ist, bildet das Zentrum dieses Buchs. Und was zu tun wäre, wenn die Antwort »nein« hieße.

Normalität hat zwei Seiten:

Die eine ist unmittelbar erlebbar. Wahrnehmungen, Gefühle, Denken sind so wie immer, wir befinden uns in unserer persönlichen Norm. Oder irgendetwas fühlt sich anders an. Solche Abweichungen können uns manchmal glücklich machen, etwas Neues, Überraschendes ist in unser Leben getreten; überwiegend aber irritieren uns solche Veränderungen. Ich will Ihnen in diesem Buch Hilfestellungen geben, wie Sie mit Ihren ganz persönlichen Abweichungen von der Norm umgehen könnten. Warum sind sie oft so beunruhigend? Weil unser oberstes Ziel die Kontrolle über uns selbst ist. Wir wollen uns im Griff haben, aber merken auf Schritt und Tritt, dass das allenfalls ansatzweise und sehr häufig gar nicht funktioniert. Es gibt Menschen, die sich wegen dieser fehlenden »Selbstdisziplin« fertig machen – was das Selbstgefühl verschlechtert, ohne die Kontrolle zu verbessern. Warum können wir unsere Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken so wenig kontrollieren? Wir denken linear, und so sind auch die Erwartungen an uns selbst: Eines soll auf das andere folgen, jede Handlung ihre Konsequenz haben; wir glauben an einfache Kausalitäten. Wer alles richtig macht, wird belohnt. Es gibt doch Regeln, oder? Eher oder! Denn unser lineares Denken ist ein letztlich untauglicher Versuch, mit dem umzugehen, was unser Gehirn macht. Das ist hoch komplex. Komplex ist ein Begriff aus den Systemwissenschaften, der unter anderem besagt, dass das

Verhalten eines Systems nicht präzise vorhersagbar ist. Wie das Wetter. Vielleicht hilft es Ihnen, wenn Sie sich klar machen, dass die plötzlich hinter den Bergen des Chiemgaus auftauchende Gewitterfront im Vergleich zu den Vorgängen in Ihrem Zentralnervensystem prognostisch relativ schlicht und überschaubar ist. Soweit zu unserer persönlichen Normalität.

Die andere Seite der Normalität beschreibt, ob Sie – noch – in die Normen der anderen, Ihrer Umgebung, der Familie, der Kollegen, der Gesellschaft passen. Sind Sie wie alle, oder weichen Sie ab und fallen damit plötzlich auf? Und wenn Sie abweichen, schaffen Sie es, das als interessante Individualität erscheinen zu lassen, oder wird es Ihnen als stigmatisierende Macke ausgelegt, mit den entsprechenden Folgen? Die Antwort bekommen Sie nur durch die Reaktionen der Anderen und wundern sich. Das ist Ihnen nicht geheuer, denn Sie wissen und haben vielleicht schon erlebt, die Anderen tolerieren Anderssein nur sehr bedingt, manchmal in ritualisierter Form, im religiösen Kontext, manchmal als gerade noch tolerierbare Folge von Alkohol. Normabweichungen, wie sie bei seelischen Störungen auftreten, werden sehr unterschiedlich wahrgenommen: Depressive Störungen werden oft über Jahre nicht erkannt, der Betroffene und seine Umgebung denken, diese reduzierte Freude, der mauer Antrieb seien Teil der Persönlichkeit; manisches oder psychotisches Verhalten fällt dagegen auf und wird entsprechend geahndet. Sie dürfen in Gesellschaft regelmäßig zu viel trinken, wenn es die anderen auch tun, aber sobald Sie sich eine Kokainlinie legen oder Ihre Heroinspritze auspacken, finden Sie sich schnell außerhalb der Burgmauern der Normalität wieder und nicht zuletzt auch außerhalb der Legalität. Mit heftigen Folgen!

Wenn Sie die möglichen rechtlichen Konsequenzen Ihres »anderen« Verhaltens berücksichtigen, werden Sie sich Ihre Selbstständigkeit besser bewahren können, eher Frau/Herr Ihrer selbst bleiben, als wenn Sie den Kopf in den Sand stecken und plötzlich feststellen, dass Sie gegen Ihren Willen in eine psychiatrische Sta-

tion eingewiesen wurden (siehe »Von der Krankschreibung bis zum § 63«).

Wie könnten Sie herausfinden, ob Sie therapeutisch etwas für sich tun sollten, ein Medikament nehmen, eine Psychotherapie machen?

Es gibt ein paar Hinweise. Sie sind nicht allumfassend, helfen aber weiter.

- Der Schlaf: Die meisten seelischen Störungen werden von Schlafstörungen begleitet, beziehungsweise die Schlafstörungen gehen ihnen voraus. Meistens ist es ein morgendliches Früherwachen, zwei bis drei Stunden vor der normalen Aufwachzeit, manchmal sind es auch Einschlaf- oder Durchschlafstörungen. Wenn diese Phänomene gelegentlich auftreten, liegt es in der Grauzone der Normalität, wenn Sie über Wochen und Monate schlecht schlafen, sollten Sie dringend etwas dagegen tun.
- Nach dem Aufwachen ist alles grau, oder Sie haben jeden Tag Angst.
- Sie stellen seit einiger Zeit fest, dass entweder Sie oder Ihre Umwelt sich verändert haben, Ihre Gefühle sind grundsätzlich anders als vor Wochen oder Monaten, seltener vor Jahren.
- Sie leiden an Ihrer Umwelt und/oder an sich, akut oder schon seit langer Zeit.

Vor allem der letzte Punkt ist entscheidend.

### **Wird es von selbst wieder gut?**

Das ist die Millionenfrage, und Ihre Antwort entscheidet oft tatsächlich über Wohl und Wehe. Befindlichkeitsschwankungen sind normal und vergehen in der Regel bald wieder; seltener können sie in seelische Störungen übergehen, die wiederum spontan

abklingen, aber auch dauerhaft werden können. Nach allem, was wir wissen, ist unser Gehirn ein sich selbst organisierendes System, das über viele stabilisierende Mechanismen verfügt. Wobei eine solche Stabilisierung nicht Gesundheit bedeuten muss, denn sie kann auf krankhaftem Niveau erfolgen.

Abwarten kann eine Tugend sein, aber auch der Anfang vom Ende, wenn das Warten nicht zu einer Besserung führt, sondern zur Stabilisierung im Kranken.

Ein Beispiel: Als die 80-jährige Dame ihren schweren Suizidversuch dank der modernen Intensivmedizin überlebt hatte, fragte ich sie, warum sie denn in ihrem Alter, in dem einem das Leben ja ohnehin nicht mehr unbegrenzt erscheint, noch auf solche Ideen käme. »Ich ertrage diesen Mann nicht mehr, er sieht nur fern und redet nicht mit mir.« Sie bestätigte meine Vermutung, dass dies nicht erst in den letzten Wochen so war, sondern schon in den letzten zwanzig Jahren. Sie habe aber lange geglaubt, es werde von selbst besser.

Gerade im zwischenmenschlichen Bereich stabilisieren sich zwei nicht mehr gut kommunizierende Systeme oft auf dem denkbar niedrigsten Niveau. Mit sechzig kann man noch eine Paartherapie machen. Oder sich trennen. Mit achtzig schafft das kaum noch jemand.

Was uns krank macht, kann unser normaler Lebensstil sein, dessen Pathologie uns nicht bewusst ist.

Ein Beispiel: Eine Depression ist eine behandlungspflichtige Krankheit, so würden die meisten Psychiater sagen. Sie können Ihre Depression – jede ist anders – aber auch als eine Reaktion Ihres Systems verstehen, das die beruflichen und emotionalen Überforderungen, die Sie sich ständig zumuten, nicht mehr bewältigen kann und deswegen in den Schongang schaltet: Sie haben keinen Antrieb mehr, um sich weiter zu überfordern, Ihre geistige Kapazität, die Sie brauchen, um besser als die Anderen zu sein – warum eigentlich? –, wird runtergeschaltet,

Ihre emotionale Schwingungsfähigkeit, die Ihnen hilft, in Ihrem sozialen Umfeld zu brillieren, lässt nach. Sie werden gnadenlos vom sich ständig beweisen wollenden Alpha-Männchen auf den Gamma-Zeitgenossen reduziert, der das Leben nur noch im langsamsten Schongang hin bekommt. Mancher glaubt, diese Verminderung nicht mehr mit seinem Leben vereinbaren zu können.

Erkennen Sie diese Signale intuitiv und schonen Sie sich, so kann sich Ihr System spontan regenerieren, und Sie werden wieder der Alte. Das wäre dann eine Spontanheilung. Weil Sie aber den zugrunde liegenden Mechanismus nicht durchschauen – er ist Ihnen ja nicht bewusst –, gehen Sie sofort wieder in die alte Rolle hinein und bekommen einen Rückfall, mit deutlich schwereren Symptomen.

In dieser Situation wäre die Hoffnung auf den positiven Spontanverlauf ein Verhängnis; ein Medikament bekäme die Depression weg, aber erst durch eine störungsspezifische Psychotherapie werden Sie lernen, wie Sie Ihren Lebensstil ändern müssen. So Sie das wollen.

Es gibt Spontanverläufe, aber wir sollten unser Vertrauen darauf nicht als Vorwand nehmen, uns nicht mit uns selbst auseinanderzusetzen.

## **Manche sind sensibler als andere – was kein Nachteil sein muss**

Jeder bringt eine bestimmte Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten mit; der eine hält mehr aus als der andere. Modern nennt man das Resilienz. Sie hängt von den Genen und von Ihren Erfahrungen im Umgang mit Belastungsfaktoren ab. Allerdings ist Resilienz ein Konzept, von dem Sie selbst zunächst nicht so viel profitieren, weil Sie erst, wenn Sie krank sind, merken, dass Ihre Resilienz nicht ausgereicht hat. Dann müssten Sie das Konzept

ändern und Hilfe annehmen. Wenn Sie zu sehr in Ihre ach so tolle Resilienz verliebt sind, kann das schwierig werden. Mehr haben Sie davon, wenn Sie Ihre Krankheit zu ergründen versuchen, Ihre persönlichen Empfindlichkeiten entdecken und akzeptieren (!), um sich schließlich zu überlegen, wie Sie damit umgehen könnten. Vielleicht bräuchten Sie eher unterstützende als aufregende Partner, auch wenn es Sie zu Letzteren hinzieht; vielleicht sind Sie doch nicht der Typ, der seine Karriere über Überstunden und Schlafmangel anschieben sollte; vielleicht brauchen Sie am Wochenende eher Ruhe als das anspruchsvolle Freizeitprogramm mit Freunden, von dem Sie sich eigentlich im Arbeitsprozess erst wieder erholen sollten.

Oft ist unser Umgang mit Stress die eigentliche Grundlage unserer Widerstandsfähigkeit gegen Krankheit. Das Reden vom »Stress« ist so alltäglich geworden, dass wir übersehen, welche zentrale Rolle die vielfältigen und höchst differenzierten Verarbeitungsmechanismen von Stress bei der Entstehung von Krankheiten spielen: Angst und Depression sind Stresserkrankungen, Abhängigkeit kann ein verfehlter Versuch der Stressabwehr sein, Stress kann genetisch angelegte, aber bislang friedlich vor sich hin schlummernde Empfindlichkeiten für Psychosen aufwecken. Antistress-Medikamente warten immer noch auf ihre klinische Erprobung, aber immerhin wissen wir, dass Antistress-Meditation einen allgemein stabilisierenden Effekt hat.

In der Prognose sind wir Mediziner richtig schlecht. Das sollten Sie wissen. Wir können nicht voraussagen, wann ein Schwerkranker sterben wird, wie lange eine Depression noch dauern wird, ob eine akute Psychose zu einer chronischen wird oder abheilt, ob Sie Ihre Angststörung überwinden oder deswegen berentet werden. Am wenigsten Ahnung haben wir von allem, was noch im Bereich der Gesundheit oder in der Grauzone des Krankheitsbeginns liegt. Wir werden umso sicherer, je mehr Symptome tatsächlich vorhanden sind. Natürlich gibt es Näherungswerte,

und es gibt Erfahrung. Ein Arzt mit 30-jähriger Berufserfahrung ist im günstigen Fall im statistischen Mittelwert seiner Prognosen besser als ein Anfänger; doch es wäre vermessen, daraus abzuleiten, dass er den Verlauf im Einzelfall exakt voraussagen kann. Wenig clever wäre aber auch, wenn Sie für sich selbst immer wieder den Einzelfall einfordern, der entgegen aller medizinischen Einschätzung ganz toll verlaufen wird, ohne dass Sie etwas für sich tun. Passieren kann das – aber eher selten.

Angesichts der wunderbaren Undurchschaubarkeit unseres Gehirns wäre bei all dem für beide Seiten, Patienten wie Therapeuten, eine so unzeitgemäße Haltung wie Demut durchaus angemessen.

Nicht jeder, der seltsame Gefühle hat, ist therapiebedürftig. Und wenn einer nicht weiter weiß, muss es nicht immer gleich die »große« Psychotherapie sein; ein schlafanstoßendes Antidepressivum und ein paar Stunden Beratung bringen auch schon ganz schön was. Vielen reicht ein bisschen mehr Wissen über sich selbst aus, um sich wieder mit sich zu arrangieren. Manche mögen mit diesem Buch auch ihren hypochondrischen Neigungen nachspüren, ohne gleich die Wartezimmer zu verstopfen. Für andere wiederum kann dieses Buch eine Hinführung sein, sich endlich um sich selber zu kümmern. Die subjektive Entscheidung für eine Behandlung, eine Therapie ist wichtig für das Ergebnis. Aber sie sollte heutzutage, wenn möglich, auch auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz erfolgen. Deshalb ist der Dialog zwischen Betroffenenem und Profi so wichtig: Jeder muss das Seine beitragen, wenn aus der Behandlung etwas werden soll. Das geht nur, wenn beide sich verstehen. Zu diesem Verständnis will ich mit diesem Buch einen Beitrag leisten.

Viele sagen, dass unser Gesundheitssystem in eine Krise hineinschlittert, zutreffender ist wohl, dass es schon tief drin steckt. Zur Abhilfe werden alle möglichen Rezepte diskutiert. Ich bin überzeugt, dass diese nur dann funktionieren werden, wenn das



Interesse und die persönlichen Bedürfnisse des Einzelnen dabei im Mittelpunkt stehen:

Es geht um Sie!

Im Aufbau der einzelnen Kapitel dieses Buches beginne ich mit der Innenansicht des persönlichen Erlebens seelischer Probleme. Danach biete ich Erklärungsmodelle, die das Verständnis verbessern können, und schließlich diskutiere ich, ob und wann man etwas tun sollte. Ich habe mich bemüht, die Behandlungsmöglichkeiten so darzustellen, dass jeder selbst entscheiden kann, welchen Weg er gehen will. Um die offizielle diagnostische Klassifikation – die DSM V ist ja derzeit in erstaunlich vielen Ländern –, kümmere ich mich nicht; die Fachleute sollten sie gut kennen, für die Betroffenen ist eine offizielle Diagnose zwar eine wichtige Information unter anderen, aber meistens treibt uns ja vieles um, für das es keine Diagnose gibt.

Welche Probleme ich erwähne, orientiert sich an meiner individuellen Berufserfahrung und an den Befindlichkeiten und Problemen, mit denen Menschen häufig zu mir gekommen sind. Dieses Buch ist kein Lexikon.

# Ein uralter Begleiter – die Angst

Plötzlich

Angst oder  
ein unerklärliches Gefühl oder  
Druck oder  
Schmerz

im Brustkorb oder

Bauch oder

Kopf

gar nicht kontrollierbar oder

immer stärker

Katastrophe oder

Irrsinn oder

Tod

...

eine lebensbedrohliche Situation!

## Was kann das sein?

Eine schwere körperliche Störung:

Herzinfarkt oder

Lungenembolie oder

Hirnblutung.

Gehen Sie sofort zum Arzt oder Notarzt oder in die Notaufnahme, zur eingehenden körperlichen Diagnostik, inklusive MRT, Herzkatheter – was auch immer die Ärzte für nötig halten! Wehren Sie sich auf keinen Fall dagegen, denn Sie könnten tatsächlich an einer lebensbedrohlichen Störung leiden, die Sie nur bei schnellem Handeln überstehen.

Schließlich sind diese Untersuchungen ohne Ergebnis geblieben, und Sie bekommen nach all dem die Auskunft:

»Sie haben nichts.«

Leider fängt es morgen und übermorgen wieder an. Ein- oder zweimal gehen Sie in die Notaufnahme, dann wird es Ihnen peinlich.

Was ist das?

Panikattacken.

Eine häufige psychiatrische Störung, jeder Fünfte hat so etwas mindestens in einer Lebensphase. Obwohl diese massive, aber, wie sich nach mehrfacher und eingehender Diagnostik herausstellt, zumindest körperlich grundlose Angst höchst irritierend für Sie ist, sind Sie nicht verrückt, sondern haben eine gut zu behandelnde Störung.

Wie entsteht so etwas?

Sie selbst erkennen in der Regel keinen Grund für die massive, Ihre gesamte Wahrnehmung dominierende Symptomatik. Diese Diskrepanz verunsichert Sie sehr.

Panikattacken sind nicht Ausdruck einer besonderen, Ihnen vielleicht nur noch nicht bewussten Bedrohung. Ihr Organismus informiert Sie lediglich über ein uraltes und sehr wirksames Angstsystem, dass irgendetwas nicht stimmt. Dass etwas nicht stimmt? Ja, aber nicht am Herz-Kreislauf-System, worauf die Symptome hindeuten scheinen, sondern irgendwo auf dem weiten Feld der Seele. Ohne dass es Ihnen bewusst geworden ist, hat Ihre emotionale Belastung so stark zugenommen, dass es den feinen Sensoren Ihres Systems auffällig vorkommt. Dazu passt, dass Angststörungen oft gemeinsam mit Depressionen auftre-

ten, die auch Ausdruck diffuser Überforderungen sein können. Auffällig viele Menschen mit Panikattacken berichten im Laufe der Zeit über Unsicherheiten bezüglich ihrer Partnerschaft. Kein offenes Zerwürfnis, Sie wissen eigentlich nicht, ob überhaupt irgendetwas nicht stimmt, allenfalls gibt es indirekte Hinweise, dass sich in einer vielleicht sehr intensiven Beziehung etwas gelockert hat.

Dieser unspezifische Hintergrund von Panikstörungen hat wahrscheinlich seinen Sinn darin, dass unsere Vorfahren immer wieder mit irgendwelchen unklaren, aber potenziell bedrohlichen Situationen konfrontiert waren, die sie nicht konkret, sondern nur mit einer unspezifischen Anhebung des Stresslevels beantworten konnten. War der Organismus erst mal auf Alarm gestimmt, konnte er schneller reagieren, wenn es ernsthaft bedrohlich wurde.

Auch Depressionen werden ja durch übermäßigen Stress ausgelöst.

## **Die Panikattacken sollen weg!**

Wenn Sie starke Panikattacken haben, wollen Sie nur eins: Das soll aufhören, sofort! Ursachenforschung interessiert Sie zunächst überhaupt nicht. Meistens hören diese Attacken sofort auf, wenn Sie in der Nähe von Ärzten sind. Ein Patient hatte sein Wohnmobil auf dem Krankenhausparkplatz geparkt, weil er sich dort am sichersten fühlte!

Akut helfen auch Medikamente. Ziel ist nicht, einzelne Angstattacken zu beenden, denn die hören meist sowieso von selbst wieder auf. Nein! Sie wollen unbedingt verhindern, dass diese Zustände wiederkommen, und Sie wollen nicht ständig in negativer Erwartung sein.

Deswegen scheiden Benzodiazepine zur Behandlung praktisch aus, denn sie könnten nur die einzelne Attacke schnell be-

enden, aber ihr prophylaktisches Potenzial ist gering. Im Gegenteil, die bei diesen Substanzen ausgeprägte Gewöhnung macht sich bei Panikattacken sehr negativ bemerkbar, weil die Entzugssymptomatik Panikattacken ähneln oder sie auslösen kann.

Das einzig sinnvolle medikamentöse Konzept sind Antidepressiva. (Die bei Hausärzten gelegentlich beliebten injizierbaren Antipsychotika, zum Beispiel Imap oder Fluspirilen, kommen wegen der möglichen Spätfolgen überhaupt nicht in Frage.) Lange Zeit bot sich lediglich das trizyklische Antidepressivum Imipramin an, heute werden in erster Linie SSRIs, vor allem Citalopram, gegeben.

Mit diesen Substanzen bekommen Sie Panikattacken in der Regel nach wenigen Tagen bis Wochen weg. Der Nachteil dieser medikamentösen Behandlung liegt außer in den Nebenwirkungen in der Rückfallrate nach Absetzen. Trotzdem sind Antidepressiva ein erster, wirksamer Weg, wenn Sie häufige Angstattacken haben und schnelle Erleichterung suchen.

Wenn Sie keine akuten Attacken mehr haben, wäre es nicht schlecht, mal mit dem Nachdenken anzufangen, im günstigen Fall zusammen mit dem Psychiater. Machen Sie sich klar, dass dieses gewaltige Gefühlsgetöse eben gerade nicht für eine große körperliche oder seelische Bedrohung steht, dass Sie nicht sterben, nicht verrückt werden. Deswegen war es ja so wichtig, dass Sie gleich am Anfang eine eingehende körperliche Diagnostik gemacht haben\*. Weil unspezifischer Stress bei der Entstehung von Panikattacken eine zentrale Rolle spielt, sollten Sie etwas dagegen tun. Das geht am effektivsten mit einem verhaltenstherapeutischen Gesamtkonzept: Sie lernen zunächst in der Psychoedukation, dass diese Symptome nicht zu Katastrophe, Tod oder

---

\* Das gilt übrigens für alle seelischen Störungen! Sie können sekundär zu einer körperlichen Störung auftreten, und dies sollte man zumindest einmal im Verlauf der Krankengeschichte abgeklärt haben.

Wahnsinn führen, sondern nach kurzer Zeit wieder abklingen. Das hilft schon mal eine ganze Menge, und es gibt Patienten, denen diese Information ausreicht. Wenn danach noch die eine oder andere Attacke kommt, versehen Sie die mit dem Etikett »harmlos« und kommen gut damit über die Runden. Daraus können Sie lernen, dass das eigentliche Problem in unserer Bewertung der Symptome liegt, nicht in den Symptomen an sich.

## **Stressmanagement**

Als nächsten Schritt sollten Sie mit Ihrem/Ihrer Therapeute(i)n/ in die Stressfaktoren Ihres persönlichen Lebens suchen und einzeln bewerten. Es hilft schon sehr viel, sich mal anzuschauen, was alles »los« ist. Ihr therapeutisches Gegenüber hilft Ihnen, die Aufmerksamkeit auch auf Punkte zu lenken, die Sie selbst lieber unter den Teppich kehren würden. An dieser Stelle kommen zwei therapeutische Interventionen in Frage:

- Sie können einzelne Stressfaktoren angehen, also die Arbeitslast vermindern, ein Gespräch mit dem Partner führen und sich gemeinsam klar machen, wo die Beziehung steht, überlegen, ob Ihr Entschluss, die leicht demenzkranke Schwiegermutter zu sich zu nehmen, wirklich sinnvoll war. Und so weiter. Sie merken dann vielleicht, dass Sie viele Regelungen getroffen haben, die rational total viel Sinn machen, emotional aber eher keinen.
- Langfristig sinnvoll wäre, wenn Sie sich auf allgemeine Aktivitäten zum Umgang mit Stress einlassen könnten. Unspezifisch, aber auch schon hilfreich wäre regelmäßiger Ausdauersport, sehr spezifisch wären Verfahren zur Steigerung der alltäglichen Achtsamkeit, zum Beispiel Meditationsverfahren nach Jon Kabat-Zinn. Wenn Sie regelmäßig meditieren, am besten unter Anleitung, werden Sie merken, dass Sie ruhiger werden, weniger Angst haben, dass Ihr Stresslevel sinkt. Das

funktioniert allerdings nur, wenn Sie es regelmäßig betreiben, über Monate und Jahre.

Zusammen mit Ihren Therapeuten sollten Sie sich dann mit dem grundsätzlichen Verhaltensmodell der Emotionen auseinandersetzen: Alle starken Emotionen haben einen Anfang und ein Ende, jede physiologische Reaktion steigt erst an und normalisiert sich dann wieder. Dieses Modell ist auch für Angstzustände enorm wichtig! Wenn Sie eine Attacke bekommen, versuchen Sie, auf den Anstieg, den Höhepunkt und das Nachlassen zu achten, beginnen Sie mit einer stufenweisen Exposition der Angstsituation. Entscheidend für den Erfolg ist, dass Sie in der Situation bleiben, bis die Symptomatik ganz abgeklungen ist! Vorheriger Abbruch führt zur Verstärkung!

## **Komplikationen?**

Die gefährlichste Komplikation von Panikattacken entsteht aus einer auf den ersten Blick ganz vernünftig erscheinenden Verhaltensweise, dem Vermeiden.

Vermeiden ist aber eben nur auf den ersten Blick sehr vernünftig: Sie können sich viel Stress ersparen, wenn Sie potenziell angstmachenden Situationen aus dem Weg gehen und sie nicht gezielt aufsuchen. Bei akuten Einzelereignissen, zum Beispiel pöbelnden Hooligans in der U-Bahn, ist diese Strategie gut. Bei Ängsten mit der Tendenz zur Chronifizierung ist sie schlicht katastrophal! Denn dann werden Sie schnell herausfinden, dass Sie alle Situationen, in denen das mögliche Auftreten solcher Angstzustände maximal unangenehm wäre, wie U-Bahn, Supermarkt mit langer Schlange, Aufzug in Hochhäusern, Flugzeuge, vermeiden könnten! Das führt dazu, dass Sie all diese Situationen nicht mehr aufsuchen werden und dann auch nicht mehr aufsuchen können, was zu massivsten Einschränkungen Ihres norma-

len Lebens führt. Man/frau geht nicht mehr einkaufen, arbeiten, macht sich von anderen abhängig, verliert den Job, wird früh berentet.

Der Sammelbegriff dafür ist die Agoraphobie (eigentlich: Angst, große freie Plätze zu überqueren). Dieses Vermeidungsverhalten wirkt sich auf die Dauer viel katastrophaler aus als die Panikattacken alleine und betrifft in abgeschwächter Form viele Lebensbereiche. Manchmal tritt Vermeidung schon im Rahmen grippliger Infekte mit leichten Kreislaufproblemen auf: Sofort konfrontieren Sie sich nicht mehr mit potenziell riskanten Situationen, sitzen im Kino nur am Rand, überqueren keine freien Plätze mehr, sondern laufen lieber drum herum etc. etc. Wenn Ihr Leben sich nicht mit immer dichteren Vermeidungsnetzen überziehen soll, gibt es nur ein sinnvolles Verhalten: hinein in die Herausforderung! Alles machen, was auch nur entfernt nach Vermeiden aussieht. Das wusste anscheinend auch Goethe: Er litt an Höhenangst und hat sich nach der Überlieferung auf jedes Gerüst, jedes höhere Gebäude begeben, das ihm in den Weg kam.

## **Das muss nicht sein!**

Eine weitere gefährliche Komplikation ist die Entwicklung von Abhängigkeit: Viele Angstpatienten versuchen eine Selbstmedikation mit Benzodiazepinen oder Alkohol. Die Gemeinheit ist, dass beides im ersten Ansatz oft hilft, aber das dicke Ende unvermeidlich nachkommt. Beide Substanzen machen eine Toleranz, das heißt, die Wirkung schwächt sich ab, Sie müssten die Dosis erhöhen, gegebenenfalls gewaltig (!), und dann werden die Nebenwirkungen, beim Alkohol insbesondere die Organtoxizität, ein richtiges Problem. Aus dieser Sackgasse gibt es nur einen, allerdings gut wirksamen Ausweg: die Entgiftung in einer stationären psychiatrischen Abteilung. Dauer: zwei Wochen (Alkohol)



oder bis zu drei Monaten (Benzodiazepine). Besser ist, wenn Sie es gar nicht so weit kommen lassen!

Und wenn Sie nichts dagegen tun, kann es passieren, dass Sie an Ihrer Angsterkrankung verzweifeln und deswegen versuchen, sich das Leben zu nehmen. Manchmal erwächst die Verzweiflung gerade aus dem ständig zunehmenden Vermeiden, das allmählich jede Eigenständigkeit blockiert und oft als Versagen erlebt wird, die Demoralisierung durch die Abhängigkeit oder durch die gleichzeitige Depression. Tragisch ist das vor allem deshalb, weil sich Angsterkrankungen meist gut behandeln lassen. Die Suizidgefährdung wird besonders groß, wenn Sie ablehnen, sich Hilfe zu suchen.

Hilfe brauchen Sie vor allem dann, wenn Sie häufiger den Gedanken haben, das Leben taue doch nichts mehr, Sie hätten es nicht mehr verdient, zu leben, wenn Sie Pläne machen, wie Sie aus dem Leben gehen könnten usw.

Dann sollten Sie sofort zu einem Arzt Ihres Vertrauens oder, wenn Sie nicht sofort einen Termin bekommen, in die Notaufnahme der nächsten Psychiatrie gehen.

Sonst ist es demnächst zu spät (siehe auch Kapitel zur Suizidalität).

Bei einer Panikstörung brauchen Sie Hilfe!

Wurschteln Sie sich nicht durch, machen Sie keine Selbstbehandlungsversuche mit Benzos oder Alkohol! Ein Therapeut, vorzugsweise ein Verhaltenstherapeut\*, gibt Ihnen Hilfestellungen, wie Sie die Angst verstehen können, wie Sie lernen, die Angst zu zähmen, sich in Stressmanagement fit zu machen, was Sie auch sonst gut brauchen können und wie Sie nicht Opfer Ihres Vermeidungsverhaltens werden. Therapie lohnt sich!

Also, was tun?

---

\* Eine tiefenpsychologische Behandlung ist bei Angststörungen die zweite Wahl, bringt Ihnen für die Angstattacken nur selten etwas, obwohl Sie natürlich viel Interessantes über sich erfahren können.

Das *absolute must*:

der Ausschluss einer schweren körperlichen Erkrankung im Bereich Herz, Lunge, Magen-Darm, Hormone, insbesondere Schilddrüse;

wenn alles unauffällig ist – und ausnahmsweise erst dann! –, kommt die Seele dran.

Der vernünftige Mittelweg:

Vermutlich werden Sie auf einen Psychotherapie-Platz Wochen – oder länger – warten müssen, die Sie nicht mit mehreren Panikattacken am Tag verbringen wollen. Also suchen Sie sich eine gute Beratung bei einem gut informierten Hausarzt oder Psychiater, der eine Behandlung mit Antidepressiva durchführen kann. Wenn diese Behandlung gegriffen hat – unter seltenen Umständen muss man zwei oder drei Antidepressiva durchprobieren –, müssen Sie sich entscheiden, ob Sie es dabei bewenden lassen wollen – Vorteil: geringer Aufwand, Nachteil: Rückfallrisiko bei Absetzen –, oder ob Sie sich einen Therapieplatz bei einem Verhaltenstherapeuten suchen wollen.

Und wenn es wieder kommt?

Das kann passieren. Vielleicht ist der Stress größer als gedacht, vielleicht gibt es andere, neue Stressfaktoren. Die möglichen Gründe sind vielfältig. In so einem Fall sollten Sie das wiederholen, was Ihnen gut geholfen hat, unter Umständen einige Auffrischungssitzungen bei Ihrem Therapeuten machen.

## **Angst ohne Panik?**

Es gibt noch eine abgeschwächte Variante. Sie sieht auf den ersten Blick so ähnlich wie die Panikattacken aus, es fehlt aber der sehr dramatische Anfallscharakter; die Intensität ist geringer, dafür ist die Angst ständig da, verbunden mit einer starken Tendenz, sich um alles zu sorgen. Das nervt auch, aber in anderer Weise, man wird nicht so erschreckt, wie bei Panikattacken, aber

dafür allmählich zermürbt und zieht sich mehr und mehr zurück.

Was ist das?

Man nennt das Generalisiertes Angstsyndrom.

Woher es kommt, weiß man nicht so genau, wie überhaupt unbekannt ist, warum der eine so und die andere anders reagiert.

Was können Sie tun?

Auch hier ist kognitive Verhaltenstherapie gut wirksam vor allem gegen die Sorgen und die oft begleitend auftretenden Depressionen. Wichtig ist auch hier, dass Sie etwas tun, denn die ständige Angst, die ständigen Sorgen, die eigentlich ja keinen Realitätskern haben, machen Sie mürbe, Ihre Lebensfreude verschwindet, und nach einiger Zeit führen Sie ein Schattendasein. Die bessere Alternative ist, sich der Herausforderung zu stellen, sich Hilfe zu suchen, das Leben aktiver anzugehen.

## **Noch eine Angst?**

Es ist Ihnen ja etwas peinlich, aber im Herbst, wenn die dicken fetten Spinnen von draußen in die Wärme wollen, geraten Sie richtig in Panik! Sie sind trotz größter Überwindung nicht in der Lage, so ein Tier mit Hilfe eines Glases und einer Postkarte wieder nach draußen zu befördern; Sie schreien nach Ihrem Freund, so Sie ihn haben, und handeln sich dafür den Vorwurf ein, hysterisch zu sein. Sind Sie nicht, sondern Sie haben eine Phobie, in dem beschriebenen Fall konkret eine Spinnenphobie.

Der Begriff »Phobie« bedeutet, dass Ihre Angst einen Auslöser hat: Spinnen, Schlangen, Mäuse, Hunde, Blut, Injektionen, Zahnarzt, Aufzug, Brücken, Höhe... Wenn Sie so etwas bei sich entdecken, haben Sie zwei Möglichkeiten: Entweder ist der Auslöser sehr selten oder in unseren Breiten irrelevant, dann müssen Sie nichts tun. Schlangen etwa spielen bei uns kaum eine Rolle, wenn Sie nicht gerade im Zoo arbeiten. Alternativ

kommt Ihnen der Auslöser täglich in die Quere und hindert Sie an der Ausübung Ihres normalen Lebens: Etwa wenn Sie auf dem Weg zu Ihrer Arbeitsstelle eine Hochbrücke passieren müssen. Oder wenn das Stockwerk, in dem Sie wohnen oder arbeiten, zu Fuß nicht erreichbar ist, es sei denn, Sie wollen einen gewaltigen Oberschenkelzuwachs riskieren, dann müssen Sie etwas tun.

Etwas ist auch in diesem Fall die klassische Verhaltenstherapie: Vertrauensverhältnis zum Therapeuten aufbauen, Konfrontation mit dem Auslöser in steigender Form und auf jeder Stufe so lange in der auslösenden Situation bleiben, bis sich Angst, Puls, Blutdruck völlig normalisiert haben.

So bekommen Sie jede Phobie in den Griff.

Es gibt ja auch die ganz normale Angst.

Nein, all diese Beschreibungen treffen auf Sie nicht zu. Aber Sie haben einfach öfters mal Angst. Wahrscheinlich sind Sie gar nicht auf die Idee gekommen, das könnte eine Störung sein. Ist es auch nicht. Angst ist normal.

Die Fähigkeit, Angst zu empfinden, ist ein Grundmechanismus des Überlebens. Die Aktivierung des zentralen Nervensystems, die Beschleunigung von Puls und Atmung, die Erhöhung der Muskelspannung und das Abschalten aller Körperfunktionen, die wir im Moment gerade nicht brauchen können, zum Beispiel der Darmtätigkeit, sind Voraussetzungen, um in lebensgefährlichen Situationen fliehen oder uns wehren zu können. Tieren und Menschen bleibt eine dritte Möglichkeit, wenn sie nicht fliehen oder kämpfen können: *to freeze* – starr werden, wie tot, so dass der Angreifer möglichst das Interesse verliert. Das sind normale Verhaltensweisen, die wir allerdings in unserer zivilisierten Gesellschaft nur selten erleben, weil das Gefährdungspotenzial in der Regel sehr gering ist. Diese uralten Reaktionsmuster, die das Verhaltensrepertoire von einfachen Wirbeltieren bis zum Menschen prägen, sind allerdings nicht mehr geeignet,

alle in unserer heutigen Welt vorkommenden Gefährdungen zu erfassen. So haben wir keine Möglichkeit, radioaktive Strahlung zu spüren, um uns davor zu schützen; auch die für das Überleben unserer Art wahrscheinlich ziemlich relevante Klimaveränderung entzieht sich offensichtlich unserer Wahrnehmung und löst dementsprechend auch keine Angstreaktion aus. Wir konstruieren intellektuell Gefährdungspotenziale, ohne dass diese mit einem entsprechenden Angstgefühl einhergehen. Wenn Sie dann doch mal Angst bekommen, wissen Sie nicht mehr, was das sein soll. Angst ist okay und soll Ihnen helfen, sich zu aktivieren, um das zu überwinden, was Ihnen Angst macht.

## Bin ich subjektiv oder objektiv – gesund oder krank?

Sie empfinden sich – irgendwie. Das Leben ist schon mal besser gelaufen, und manchmal sind Sie genervt, dass Sie sich so hängen lassen. Aber Sie haben sich gerade entschlossen, dieses Leben zu akzeptieren, wie es ist.

Und dann kommt einer und sagt: »Du bist krank!«

Was heißt das?

- Sie fallen aus der Normalität heraus, sind nicht mehr wie die anderen. Ist Ihre Meinung nicht mehr soviel wert wie die anderer Menschen? Sind Sie nicht mehr geschäftsfähig? Kann sein, oder? In den meisten Fällen ist es nicht so, aber allein die Möglichkeit, Sie könnten plötzlich nicht mehr über sich bestimmen, erscheint Ihnen ungeheuerlich. Sie brauchen einen guten Anwalt! Dieser Reflex, der im bürgerlichen Leben oft sinnvoll sein kann, bringt Sie nicht sehr viel weiter, denn Sie sind in einen Zustand geraten, in dem die normalen Abläufe des bürgerlichen Rechts nur eingeschränkt für Sie gültig sind. Fände ein Richter die Wahrheit über Sie jetzt nur noch gefiltert durch die Meinung eines psychiatrischen Gutachters heraus?
- Sie bräuchten vielleicht eher einen guten Arzt, könnten sich behandeln lassen, »damit es besser wird«. Im besten Fall fühlen Sie sich danach wieder wie früher, schlafen zum Beispiel wieder, haben wieder Spaß an der Sexualität, verstehen sich wieder besser mit Frau und Kindern, werden leistungsfähiger im Beruf. Im schlimmeren Fall verändern die Medikamente

Ihre Welt; was Sie in der letzten Zeit für wichtig hielten, wird unwichtig, eine Lebensphase, um die Sie gerungen haben, wird marginalisiert. Beides ist möglich: War der vorherige Zustand belastend, schmerzhaft, schlimm, eingeschränkt und reduziert, wird die Behandlung eine Erleichterung sein, war die Welt vielleicht bedrohlich, aber gleichwohl überaus lebendig und aufregend, bevor man Sie als krank einwies, kann es sein, dass Sie in behandeltem Zustand die Welt als arm und eintönig erleben.

Im Unterschied zu körperlichen Diagnosen wird bei seelischen fast immer auch Ihre Sichtweise auf sich selbst und auf die Welt in Frage gestellt, im Guten wie im Schlechten. Das mag erleichternd sein, wenn Ihr Selbstbild, der Beruf, die Ehe, die Umwelt sich eben doch nicht als so negativ erweisen, wie Sie das über lange Zeit erlebt hatten, während sich, wie Sie jetzt wissen, eine Depression entwickelte; es mag befreiend sein, wenn sich diese furchtbare, ganz und gar verzehrende Angst als Störung mit Diagnosenummer entpuppt, deren manifeste Anfälle Selbsttäuschung sind und nicht Symptome von Herzinfarkt oder Lungenembolie; es mag sehr erleichternd sein, nicht mehr von fremden Geheimdiensten verfolgt zu werden, die Ihre Umgebung infiltriert hatten – aber bei aller Erleichterung müssen Sie sich eingestehen, dass Ihre Sichtweise falsch, ja krank war, ohne dass Sie dies gemerkt haben. Hier liegt wohl die eigentliche Herausforderung, wenn Sie an einer seelischen Störung leiden oder gelitten haben.

Sie werden erst wieder mit sich in Einklang kommen, wenn Sie Ihre persönliche Deutung dafür gefunden haben, was Ihr Herausreten aus der mit anderen gemeinsamen Wirklichkeit ausgelöst hat, so dass vieles, was die anderen für »verrückt« hielten, für Sie doch seinen Sinn gehabt hat. Sie müssen verstehen, was mit Ihnen geschehen ist. Verstehen vor dem Hintergrund Ihres Wissens über sich, über Ihr Gehirn, Ihren Organismus, über Ihre Rolle in dem Sie umgebenden sozialen Netzwerk und über Ihre Biografie.

Jeder dieser Versuche, seelische Krankheit in einen persönlichen Wissens- und Erfahrungshintergrund einzuordnen, wird wissenschaftlich unvollständig sein, weil selbst die Spezialisten das Gehirn, die psychosomatischen Zusammenhänge, die Voraussetzungen unserer sozialen Vernetzung nur ansatzweise oder gar nicht verstehen. Es geht aber nicht um Wissenschaft, sondern um Ihr persönliches Weltbild, in dem Sie sich wahrnehmen. Wie können Sie das, was Ihnen widerfahren ist, sinnvoll einordnen, inklusive der Sinnhaftigkeit einer künftigen Behandlung? Auch wenn Sie krank waren, geht es doch um Sie; müssen Sie verstehen, was mit Ihnen geschieht!

Das »ich empfinde mich« vom Anfang des Kapitels wird sich ja nicht ändern. Es ist weiterhin mein einziger Zugang zu meiner (der) Welt, in die ich den Krankheitsaspekt meiner Lebensgeschichte integrieren muss.

## **Empfindungen – objektiv betrachtet: Geht das?**

Das, was Sie nolens volens als Krankheit erleben oder erlebt haben, wird in der psychiatrischen Wissenschaft objektiv beschrieben, und Sie müssen für sich entscheiden, inwieweit Ihnen die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten dieser Objektivität weiterhilft.

– Der Aspekt der Häufigkeit – die Prävalenz: Wie häufig kommt eine Krankheit in der Bevölkerung vor? Für die Depressionen liegt die Prävalenz bei 40 Prozent, was bedeutet, dass unter 100 Menschen maximal 40 das Risiko tragen, einmal oder auch mehrere Male in ihrem Leben depressiv zu erkranken. Nicht ganz jeder Zweite also. Ängste sind ähnlich häufig, somatoforme Störungen etwas seltener, Psychosen liegen bei 1 Prozent, was auch noch eine ganze Menge ist. Bringt Sie diese Information irgendwie weiter? Ob Sie zu den gefährdeten 40 Prozent gehören, merken Sie erst, wenn Sie



an einer Depression erkrankt sind, die Information »nützt« Ihnen vorher nichts. Allerdings kann sie Ihnen unter Umständen helfen, mit der Stigmatisierung besser umzugehen; denn wenn Sie eine Störung haben, die Sie mit fast jedem Zweiten hierzulande teilen, sind Sie zumindest kein Exot.

- Viel interessanter – und möglicherweise auch folgenschwerer – ist der Aspekt meines Verhaltens: Trage ich mit meinem Verhalten etwas dazu bei, eine Krankheit zu bekommen, oder kann ich sie vielleicht aktiv verhindern? Dieser Aspekt ist bei körperlichen Erkrankungen augenfälliger: Wenn Sie rauchen, zu viel und zu fett essen, sich zu wenig bewegen, erhöhen Sie wahrscheinlich die Risiken für Bluthochdruck, Diabetes mellitus und koronare Herzerkrankung. So klar lässt sich der Zusammenhang bei seelischen Erkrankungen oft nicht erkennen. Emotionale und berufliche Überforderung, negativer Stress tragen zur Entstehung von Depressionen oder Burn-out bei; aber meistens wird Ihnen erst ziemlich spät bewusst, dass Sie sich in einer Überforderungssituation befinden, dass Sie gestresst sind. Dies gilt auch für andere Belastungsfaktoren. Deswegen ist Primärprävention, also das Verhindern von Krankheiten, bevor sie zum ersten Mal aufgetreten sind, eine schwierige Geschichte. Etwas anders ist es, wenn Sie einmal erkrankt waren und jetzt versuchen, eine Wiedererkrankung zu verhindern. Dafür gibt es einige Konzepte.
- Der Aspekt der Vererbung: Habe ich eine bestimmte Veranlagung für eine bestimmte Krankheit geerbt? Vererbung erscheint vielen nicht geheuer, vor allem weil man nicht so recht weiß, was man dagegen tun könnte. Bei allen wichtigen seelischen Erkrankungen wird allenfalls ein Risiko für eine Krankheit vererbt, nicht die Krankheit selbst, und auch die Vererbung des Risikos ist wissenschaftlich teilweise umstritten. Als überraschende Entdeckung der letzten Jahre kommt dazu, dass sehr gravierende Erlebnisse, die traumatisierenden Charakter haben, die sogenannte Epigenese verändern kön-

nen, also Einfluss darauf ausüben können, ob bestimmte genetische Informationen ein- oder ausgeschaltet werden. So wirken sich die Erlebnisse Ihrer Lebensgeschichte und Ihre genetische Belastung, die ja in gewisser Weise die Lebensgeschichten und -erfahrungen Ihrer Herkunftsfamilie geprägt hat, im Sinne einer konzertierten Aktion aus. Ich bin überzeugt, dass es sinnvoll ist, sich damit auseinanderzusetzen, denn wir kommen irgendwoher und gehen irgendwohin, und beides hat eine Verbindung zu uns. Konfrontiert mit seelischer Krankheit, neigen wir dazu, uns isoliert von der Welt der anderen zu erleben. In Wahrheit sind wir Teil eines Netzwerkes, das weit in die Vergangenheit und die Zukunft hineinreicht.

- Der Aspekt des Schweregrades: Wie hoch ist das Risiko, dass mein Krankheitsverlauf leicht oder besonders schwer ist? Darüber weiß man gar nichts. Dabei ist die Frage wichtig, denn eine leichte Depression, eine leichte Angsterkrankung etc. wären wohl zu ertragen, möglicherweise würden Sie kaum merken, dass Sie überhaupt krank sind. Bei schweren Verläufen ist das deutlich anders, da diese unser Leben ganz schön ins Schleudern bringen, zum Verlust des Berufs und manchmal auch der Familie führen können. Dazu gehört das Risiko des Verlaufs, denn es gibt leichte und schwere Verläufe, die sich in ihren Konsequenzen jeweils sehr unterscheiden: Eine bipolare Störung mit leichten depressiven und kaum merklichen hypomanischen Phasen ist viel leichter zu ertragen und hat viel geringere soziale Konsequenzen als eine existenzbedrohende manisch-depressive Störung mit schweren Phasen, die jeweils stationär behandelt werden müssen. Wir haben eine Chance, den Verlauf zu beeinflussen; wenn wir uns psychotherapeutisch mit einer Depression auseinandersetzen. Auf diesem Weg können wir so viel über unsere Persönlichkeit, unser Verhalten, unsere Empfindlichkeiten lernen, dass wir tatsächlich anfangen, anders zu leben, und damit die Belastungsfaktoren für weitere Depressionen vermindern können.

Wenn wir prophylaktisch wirksame Medikamente nehmen, können wir unter Umständen dramatische Verläufe verhindern, die unser Leben ziemlich nachhaltig zerstören würden. Eine Garantie dafür gibt es nicht, es ist eine Chance.

- Der Aspekt der Folgen: Wie hoch ist das Risiko, dass ich bleibend an bestimmten Folgen einer Krankheit leiden werde? Die Folgen haben zum Teil mit der Erkrankung selbst zu tun, wie im oben genannten Beispiel, wenn die Ausprägung der bipolaren Störung die weitere Lebensentwicklung nachhaltig beeinflusst, zum Teil aber auch mit der Behandlung. Wenn Sie bestimmte Antipsychotika nehmen müssen, können Sie mit 10-prozentiger Wahrscheinlichkeit Spätdyskinesien entwickeln; wenn Sie wegen einer bipolaren Störung das Medikament der ersten Wahl Lithium nehmen und nicht auf Ihren Blutspiegel achten, bekommen Sie unter Umständen eine Nierenschädigung, die Ihre weitere Gesundheit sehr nachhaltig beeinträchtigt und Sie unter Umständen zum Kandidaten für eine Nierentransplantation macht. Wenn Sie andererseits sorgfältig mit diesem Medikament umgehen, kann es sein, dass Sie von Ihrer Krankheit in Zukunft nichts mehr spüren und ein völlig normales Leben führen können.

Für jeden dieser Aspekte stellt sich die Frage, was er Sie als einzelnen angeht. Im Vergleich zu Ihren unmittelbaren Empfindungen sind diese Aspekte abstrakt, nicht emotional erfahrbar, was Ihnen eine Entscheidung – für oder gegen »vernünftiges« Leben, für oder gegen ein Medikament, für oder gegen regelmäßige Blutbildkontrollen – leichter machen würde. Ihnen bleibt nichts anderes übrig, als die Konsequenzen dieser Aspekte rational zu rekonstruieren und dann zu versuchen, sich vorzustellen, wie sich diese Konsequenzen auf Ihr Leben auswirken würden. Das Einfache und erst mal Naheliegende, nämlich den Kopf in den Sand zu stecken, ist nicht so richtig schlau.