



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

herausgegeben von Wulf Bertram

Wulf Bertram, Dipl.-Psych. Dr.med, geb. in Soest/Westfalen, Studium der Psychologie, Medizin und Soziologie in Hamburg. Zunächst Klinischer Psychologe im Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf, nach Staatsexamen und Promotion in Medizin Assistenzarzt in einem Sozialpsychiatrischen Dienst in der Provinz Arezzo/Toskana, danach psychiatrische Ausbildung in Kaufbeuren/Allgäu. 1986 wechselte er als Lektor für medizinische Lehrbücher ins Verlagswesen und wurde 1988 wissenschaftlicher Leiter des Schattauer Verlags, 1992 dessen verlegerischer Geschäftsführer. Aus seiner Überzeugung heraus, dass Lernen Spaß machen muss und solides Wissen auch unterhaltsam vermittelt werden kann, konzipierte er 2009 die Taschenbuchreihe »Wissen & Leben«, in der mittlerweile mehr als 50 Bände erschienen sind. Bertram hat eine Ausbildung in Gesprächs- und Verhaltenstherapie sowie in Psychodynamischer Psychotherapie und arbeitet als Psychotherapeut in eigener Praxis.

Für seine »wissenschaftlich fundierte Verlagstätigkeit«, mit der er im Sinne des Stiftungsgedankens einen Beitrag zu einer humaneren Medizin geleistet hat, in der der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt steht, wurde Bertram 2018 der renommierte Schweizer Wissenschaftspreis der Margrit-Egnér-Stiftung verliehen.

Peter Teuschel

Neulich in der Sprechstunde

Skandalöses und Merkwürdiges
aus der psychiatrischen Praxis

Dr. med. Peter Teuschel

Färbergraben 4
80331 München
praxis@drteuschel.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © istock/Sergey_T

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Volker Drüke, Münster

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart

ISBN 978-3-608-40052-6

Auch als E-Book erhältlich

Vorwort

»Sprechen Sie eigentlich auch mit Ihren Patienten?«, fragte mich vor einiger Zeit eine Richterin in einem Prozess, zu dem ich als behandelnder Arzt der Beklagten geladen war. Das fand ich einigermaßen schräg.

Dabei war die Frage keineswegs böse oder provokativ gemeint. Nein, die Richterin wusste schlicht nicht, was sich so in einer psychiatrischen Sprechstunde abspielt. So schlagfertig, dass ich auf die Bedeutung des Wortes »Sprech-Stunde« hingewiesen hätte, war ich nicht. Schon gar nicht vor Gericht.

Natürlich gab ich bereitwillig Auskunft, was ich so mit den Patienten in der Sprechstunde mache: nämlich in erster Linie reden.

Diese Frage hat mir wieder einmal gezeigt, dass die Tätigkeit des Psychiaters für viele Menschen rätselhaft ist, um nicht zu sagen: obskur. Aber ist das nicht verständlich? Haben die Psychiater nicht den ganzen Tag mit durchgehend Schrägem zu tun? Mit Verfolgungswahn, Stimmenhören, Depression, Manie und solchen gleichermaßen unerfreulichen wie unverständlichen Dingen?

Die Antwort lautet: Nein! Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen nicht die Symptome, sondern die Menschen. Vor mir sitzen keine Ausgeburten der Hölle, keine Freaks und keine »Irren« aus irgendeinem Panoptikum. Das Schräge, das ich jeden Tag erlebe, ist das Missverstehen, die Unkenntnis und die Abwertung, die sich um meine Patienten, das Fach Psychiatrie und um mich selbst in meiner Rolle als Psychiater ranken.

Die Schräglagen, die ich in diesem Buch beschreibe, sind glücklicherweise nicht immer nur ernst und betrüb-

lich. Im Kapitel **»Psychiatrie, wie sie nicht im Lehrbuch steht«** stelle ich dem Leser die dümmste Diagnose in der Psychiatrie vor, setze mich mit psychischen Aspekten des Hashtags #movember auseinander und erkunde, was Google über Psychiatrie weiß.

»Mobber, Horror-Gutachter und andere Plagen« hat Schieflagen in unserem Gesundheitssystem und soziale Merkwürdigkeiten zum Inhalt, die allesamt mein Fachgebiet berühren.

In **»Neulich in der Sprechstunde«** lüfte ich das eingangs angedeutete große Geheimnis: Über was reden eigentlich Psychiater mit ihren Patienten? Trommelwirbel, die Spannung wächst ...

Natürlich spielen sich auch **»Jenseits des Tellerrandes«** meiner Praxis Dinge ab, die den Kommentar eines Psychiaters gut vertragen können. Den Bogen spanne ich von David Bowie über Donald Trump bis hin zum mörderischen Nico. Den kennen Sie nicht? Ist vielleicht besser so.

Der Inhalt dieses Buches wird in genießbaren Happen geliefert. Lesen Sie die einzelnen Beiträge in der Halbzeit des Champions-League-Finales, beim Anstehen in der Post und während der Busfahrt. (Es ist auch was für die Kurzstrecke dabei.) Sie werden auf (hoffentlich) Interessantes stoßen, auf Skurriles, Ernstes, Trauriges, Witziges und Unglaubliches. Bitte lesen Sie nicht alles der Reihe nach, sondern gerade so, wie Sie Lust haben, durcheinander, von hinten nach vorne oder von schräg unten nach schräg oben. Letzteres wäre auch insofern passend, als alle Beiträge dieses Buches ihren Ausgangspunkt in meinem Blog haben, den ich seit 2012 betreibe. Er heißt **»Schräglage«**.

Im Text wurde überwiegend das sog. »generische Maskulinum« verwendet. Dies soll alle geschlechtlichen Formen implizieren, nicht nur die weibliche und männliche

Form, sondern auch Menschen mit anderen geschlechtlichen Identitäten.

Mit diesem Buch möchte ich meinen Lesern vermitteln, dass bei aller Wissenschaftlichkeit, die ein medizinisches Fach immer vom Arzt fordert, eines bei der Arbeit mit Menschen auf keinen Fall zu kurz kommen darf: Menschlichkeit.

Peter Teuschel, im Sommer 2020

Ich danke

an erster Stelle Wulf Bertram. Er hatte die Idee zu diesem Buch und gab ihm in seiner Edition »Wissen und Leben« auch gleich eine Heimat. Herzlichen Dank, lieber Wulf!

Schattauer (jetzt bei Klett-Cotta) danke ich für die Bereitschaft, diesen sehr subjektiven Inhalt einer großen Leserschaft präsentieren zu dürfen. Annegret Boll hat den Entstehungsprozess im Verlag wohlwollend begleitet, auch ihr gilt mein Dank.

Meiner Lektorin Nadja Urbani danke ich für die bewährte Begleitung durch alle Prozesse des Schreibens und Korrigierens. Es ist immer eine Freude, mit Dir zusammenzuarbeiten, liebe Nadja.

Zu Dank verpflichtet bin ich auch Volker Drücke, der den Text behutsam und mit großem Verständnis für die individuelle Note lektoriert hat und dabei einen neuen Geschwindigkeitsrekord aufgestellt haben dürfte.

Mein letzter Dank gilt wie immer Irina, ohne deren Dabeisein, Ermutigen und wenn nötig Kritisieren auch dieses Buch nie entstanden wäre. Vielen Dank, mein Schatz!

Inhalt

PSYCHIATRIE, WIE SIE NICHT IM LEHRBUCH STEHT

Die dümmste Diagnose	3
Fragen an einen Toten	6
Der Amoklauf von München: Mobbing und Bashing	9
Was Google über Psychiatrie weiß	14
Können Sie mal eben meine Frau für geschäftsunfähig erklären?	18
Echt irre! Voll schizo!	21
Sind »Super-Mütter« glücklich?	24
Mann o Mann	26
Beautiful Mind und Psychokiller: Schizophrenie à la Hollywood	28
Die Trivialisierung der Psychiatrie	31
Psychiatrische Versorgung und Forschung: Eine Insellandschaft?	34
#movember hat auch eine psychische Dimension	38
»Modediagnosen« aus Patientensicht: Nein, Sie sind nicht »B«	40
Gewalt durch psychisch Kranke: Online-Tool hilft bei der Einschätzung	43
Freud 2.0: Der PC als Therapeut	45
Tödliche Viren, wahnsinnige Rinder, realer Donald Trump	48
Norbert Nedopil und Henning Saß: Forensische Begegnungen	50
Leiden »Reichsbürger« an einem Wahn?	55
Depot-Neuroleptika in der Abendsprechstunde	59
Trauer? Ihr seid doch alle krank!	61
Die Stimme des Gewissens	66

PTBS durch Mobbing oder: Die Trägheit unserer Diagnosesysteme	68
Was ist neutrales Aussehen?	71
Psychiater werden oder nicht?	74

MOBBER, HORROR-GUTACHTER UND ANDERE PLAGEN

Schräge Schläge	79
Wann ist es Mobbing?	82
Schnellchecker?	84
Wo bin ich sicher?	87
Stalking	89
Wenn Anwalt und Arzt nicht einer Meinung sind	92
Vorsicht Falle: Eine problematische Anfrage der Krankenkasse	95
Gerichtsurteil: Wichtige Fragen bleiben ungestellt	97
Krankgeschrieben? Lassen Sie mal Ihr Auto checken! ...	100
Arztbesuch? Überflüssig!	103
Anhaftende Patienten oder Wann kommt die Medizin in der Gegenwart an?	106
Gesunde krankschreiben: Was für ein Schmarren!	109
Psychiatrische Gutachten: Die Problematik der Testung ..	114
Der nette Herr von der Versicherung	117
Tabledance und Psychotherapie	119
Vorsicht bei allumfassenden Schweigepflicht- entbindungen!	122
Psychiatrische Gutachten: Zu oft einfach skandalös	125
Bachblüten gegen Schulmobbing: Was für ein Unsinn! ..	128
Die Angst der Kollegen	131
Krankschreibung »wegen Mobbing« – geht das?	133
20-Millionen-Aktion gegen Schul-Mobbing: Was davon zu halten ist	135

»Arbeitsplatzunverträglichkeit«	138
Mediation bei Mobbing? Kann nicht klappen!	141
Nicht »Lügenpresse«, sondern »Schlamperpresse«	143
Auch bei Mobbing gibt es Ausnahmen	145
Minus 270 Grad	148
Mobbing und Resilienz: Wer loslassen kann, lebt gesünder	150
Heiteres Beruferaten reloaded	153
Mobbing-Opfer und meine Rolle als Arzt	155

NEULICH IN DER SPRECHSTUNDE

Die Angst beim Psychiater	161
Simplify your Kleiderschrank	163
Es war einmal	165
Dann sagte er diesen einen Satz	167
Zu kalt	169
Sorgen und die Suche nach Schneeglöckchen	170
Das Märchen von der alten Kette aus kaltem Gold	172
Begleiter des Todes, Begleiter des Lebens	174
Von Menschen und Engeln	176
Privatrezept	177
Tod und Teufel	178
Wie man im Studium im Level aufsteigt	180
Mei de Leara ollawai!	181
Selbstzahler in der psychiatrischen Sprechstunde	182
Krankschreibung durch Psychiater: Nicht immer die erste Wahl	185
Trockener Alkoholiker? Die »Strafe« des Versorgungsamtes	187
Land unter	190
Immer erkenntnisreich: Der Partner des Patienten in der Sprechstunde	192

Von allen verlassen. Und das Auto streikt auch noch	196
»MÄÄÄÄH!«	199
Horror pur: The Letterbox Syndrome	202
Mein ganz spezielles Konto	206

JENSEITS DES TELLERRANDES

Träume in c-moll	211
Let's dance!	213
Glück ist manchmal Einstellungssache	215
Wenn ich will, gehe ich hin und küsse ihn im Schlaf	217
Wo wir gerade von Sexismus reden	220
Donald Trump und die Umkleidekabine: Männerfeindlicher Primitivismus	222
Smartphones in der Grundschule und der mörderische Nico	224
Sixpack 1	226
Schwuler werden	232
Narzisstische Allianzen	236
Das Literarische Quartett: Einfach nur »irre«?	238
Charmante Giulia, rasender Johannes: Die Hirschhausenisierung der Medizin	240
Islamist oder Irrer: Hauptsache Geschrei	243
Small-Talk-Knaller für die nächste Party: Glänzen mit der Pareidolie	245
Die medialen Minister des grausamen Humors	247
Auch beim Placebo zählt der Preis!	250
Wer hat Angst vor der roten Frau?	252
Sixpack 2	254
CyberLove: Sugar Sugar Baby	258
Das Ende der Welt	261
Der Stehenbleiber	263
Schach versus Twittergewitter	265

**Psychiatrie, wie sie nicht
im Lehrbuch steht**

Die dümmste Diagnose

Die dümmste Diagnose in der Psychiatrie ist gleichzeitig eine der häufigsten.

Dass wir auf belastende Ereignisse in unserem Leben emotional reagieren, wird jedem einleuchten. Diese Reaktionen umfassen, wenn sie ausgeprägter sind als »normal«, Angst, Depression, Gereiztheit, sozialen Rückzug, Schlafstörungen, Gedankenkreisen und anderes mehr.

Dass ich »normal« in Anführungszeichen gesetzt habe, hat seinen Grund. Die »Normalität« einer Reaktion auf Belastungen ist schwer zu definieren. Wenn zum Beispiel ein Haustier stirbt, hängt die Reaktion des Besitzers von vielen Faktoren ab: Wie alt war das Tier? Hat es den Besitzer durch schwierige Lebensphasen begleitet? War es treu, als sich alle Freunde abgewendet hatten? War es der einzige Trost in schweren Zeiten? Oder war das Tier lästig, hat die Urlaubsplanung erschwert, hat viel Geld gekostet und die Wohnung verunreinigt?

In diesem Spektrum zwischen einer von außen noch als »normal« oder schon als »übertrieben« gewerteten Reaktion auf Belastungen findet sich die dümmste Diagnose der Psychiatrie: die Anpassungsstörung (ICD F43.2).

Hier sind die diagnostischen Kriterien der ICD-10, durch die eine Anpassungsstörung charakterisiert ist:

A. Identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats.

B. Symptome und Verhaltensstörungen, wie sie bei affektiven Störungen (F3) (außer Wahngedanken und Halluzinationen), bei Störungen des Kapitels F4 (neuro-

tische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei den Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren.

C. Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, außer bei der längeren depressiven Reaktion. Bis zu einer Dauer von sechs Monaten kann die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden.

Von dem Fachchinesisch, das vor allem unter Punkt B aufgeboten wird, soll sich bitte niemand verwirren lassen. Die Quintessenz ist: Es passiert etwas in unserem Leben, und wir reagieren darauf mit einem krankheitswertigen Zustand.

Früher, also zu Zeiten der neunten Revision der Diagnosesammlung ICD, hieß die Anpassungsstörung noch »psychogene Reaktion«. Das ist zwar auch nicht sehr schick, aber es sagt deutlicher, worum es sich handelt.

Was habe ich gegen die Formulierung »Anpassungsstörung«?

Mal angenommen, Sie bekommen diese Diagnose. Was wird Ihre Reaktion sein? »Anpassungsstörung, hm, das heißt, ich muss mich besser anpassen, oder wie?« So reagieren sehr viele Menschen.

Letztlich ist aber gemeint, dass es Menschen mit dieser Diagnose nicht gelingt, sich innerhalb einer bestimmten Zeit an die geänderten Lebensumstände anzupassen. Das wiederum setzt voraus, dass jeder, der sich, um bei obigem Beispiel zu bleiben, nicht an ein gesellschaftlich akzeptiertes Maß an zeitlich und inhaltlich begrenzter Trauer um das Haustier hält, eine psychiatrische Diagnose bekommt.

Das ist an sich schon etwas befremdlich, aber immerhin dadurch zu rechtfertigen, dass in einem solchen Fall professionelle Hilfe und Begleitung erforderlich sein können. Beim Vorliegen einer Diagnose zahlt das dann die Krankenkasse oder Versicherung.

Der eigentümliche Beigeschmack aber, den der Begriff »Anpassungsstörung« hat, bleibt bestehen.

Ich bin mittlerweile dazu übergegangen, allen Patienten, die diese Diagnose erhalten, zu erläutern, dass damit keineswegs ausgesagt werden soll, dass sie sich besser anpassen müssten. Unsere Sprachwirklichkeit assoziiert mit dem Begriff »Anpassungsstörung«, dass jemand unangepasst ist.

Und genau das trifft so nicht auf Patienten mit reaktiven Störungen zu. Gemeint ist vielmehr, dass sie lernen müssen, mit der neuen Situation in ihrem Leben besser umzugehen, sie zu bewältigen, sie zu ertragen. Sich »mehr anzupassen« wird man dagegen eher einem sozial unverträglichen Menschen nahebringen müssen.

Gerade in einer Situation, in der ich als Psychiater oft der einzige Mensch im Leben des Patienten bin, der seine ausgeprägte Reaktion auf den Tod der Katze oder des Hundes versteht, muss ich ihm die Diagnose »Anpassungsstörung« geben. Das kann einen Keil in die Beziehung zwischen Arzt und Patient treiben.

Die Zeit, die ich investiere, um meinen Patienten zu erklären, dass diese Diagnose etwas signalisiert, was keinesfalls gemeint ist, könnte ich sicher mit Sinnvollerem zubringen.

Die Diagnose »Anpassungsstörung« ist die sprachlich missverständlichste und deshalb die dümme Diagnose in der Psychiatrie.

Fragen an einen Toten

Es war Ende Juni, als ein Angler in der Nähe von Wilstorf einen grausigen Fund machte: Er zog eine zum Sack geschnürte Plane aus der Elbe, in der sich ein Toter befand.

Es konnte rasch festgestellt werden, dass hier höchstwahrscheinlich ein Verbrechen vorlag: Der Mann war durch einen Kopfschuss ums Leben gekommen. In dem mit Kabelbindern verschnürten Sack fand sich auch ein Rucksack, der mit Steinen gefüllt war. Nach einiger Zeit konnte auch die Identität des Mannes bestimmt werden: Es handelte sich um den 43-jährigen Ulrich S.

Was dann folgte, ließ die ermittelnden Polizeibeamten aber mehr und mehr verzweifeln: Keiner kannte Ulrich S. Er lebte von Hartz IV, gelegentlich verdiente er auch etwas mit 1-Euro-Jobs. Verwandte gab es wohl, aber die hatten ihn seit Jahren nicht gesehen. Eine Lebenspartnerin? Freunde? Bekannte? Fehlanzeige. Auch bei intensivsten Ermittlungen war über Ulrich S. nichts herauszufinden.

Natürlich öffneten die Beamten seine Wohnung: Sie war leer. Keine Möbel, nichts. Dazu frisch renoviert. Die Wohnung von einem, der ausgezogen ist.

Erst spät wurde bekannt, dass bereits einmal die Wohnung von Ulrich S. geöffnet worden war: 2004 fuhr er mit einem gemieteten Kleinlaster frontal gegen einen Brückengeißler. Er überlebte schwer verletzt. Seine Wohnung damals: leer, frisch renoviert.

Ulrich S. hat sich selbst in diesen Sack gesetzt, glaubt die Polizei mittlerweile. Irgendwo am Elbstrand soll er seinen mit Steinen gefüllten Rucksack zu sich in den Sack genommen haben. Mit Kabelbindern schloss er sich ein, ließ eine Öffnung, gerade so groß, dass er sich selbst in

den Kopf schießen konnte. Dann soll die Pistole aus seiner Hand und er in die Elbe gefallen sein. Die Pistole wurde bisher nicht gefunden.

Bereits 2004 habe er sich durch den Autounfall suizidieren wollen, dieses Mal habe er eine andere Methode gewählt, eine ungewöhnliche, komplizierte, aber effektive.

Ich lasse es mal so stehen, dass das ein Suizid war.

Aber wer war Ulrich S.? Kannte ihn jemand näher? Hätte man ihm helfen können?

Ich stelle mir vor, dass ich ihm Fragen stellen kann:

- Hatte er als kleiner Junge Spaß?
- Wurde er von seiner Mutter geliebt?
- Gab es Musik, die ihm gefallen hat?
- Was hat er gespürt, wenn die Frühlingssonne auf seine Haut schien?
- Hat er daran gedacht, mit jemandem über sein Leben zu reden?
- Sich Hilfe zu holen?
- Hätte es etwas gegeben, das ihn zurückgehalten hätte?

Ich stelle mir vor, dass er mir keine Antworten gibt. Dass er vielmehr mich fragt:

- Ob ich weiß, wie es sich anfühlt, wenn man nichts auf der Welt erträgt?
- Am wenigsten sich selbst?
- Ob ich das verstehen kann, dass er immer die Vorhänge zugezogen hat, wenn die Sonne schien?
- Dass er an nichts weniger gerne denkt als an seine Kindheit?
- Ob ich weiß, wie es ist, wenn man keine Zukunft mehr für sich sieht?
- Ob ich ihm glaube, dass er sich nach nichts so sehr gesehnt hat wie weg zu sein?

Ich stelle mir vor, dass Ulrich S. nicht auf meine Fragen antwortet. Er sieht mich mit einem Blick an, wie ihn diese Leute haben, die einfach nur alleine gelassen werden wollen. Er dreht sich weg und lässt mich stehen.

Ulrich S. Ein rätselhafter Suizid. Ein rätselhaftes Leben.

Wir wollen immer alles verstehen und wissen doch so wenig.



Der Amoklauf von München: Mobbing und Bashing

Die schrecklichen Ereignisse des Amoklaufs in München vom 22. Juli 2016 berühren in einigen Punkten Themen, die mich als Psychiater, Therapeut und Mobbing-Autor betreffen. Deswegen und obwohl schon viel zu dieser Katastrophe geschrieben wurde und sicherlich auch weiterhin geschrieben wird, auch ein paar kurze Statements aus meiner Sicht.

1. Mobbing: In einigen Medien war zu lesen, dass der Amokläufer David S. in der Schule gemobbt wurde. Ganz unabhängig davon, ob hier tatsächlich Mobbing stattgefunden hat oder nicht, gefällt mir die Wortwahl einiger Offizieller nicht:

»Ein Sprecher der Staatsanwaltschaft will dieses konkrete Mobbing zunächst nicht bestätigen. Er spricht aber davon, dass es »Anhaltspunkte« für solche Schulprobleme gebe. Bayerns Innenminister Joachim Herrmann (CSU) spricht von Problemen im Bildungsweg.«

(Zit. nach einem Beitrag auf t-online.de.)

»Anhaltspunkte für solche Schulprobleme« mag ja als Formulierung noch durchgehen, obwohl Mobbing kein »Schulproblem« ist, sondern eine gezielte Quälerei einzelner Kinder und Jugendlicher durch andere, vor den Augen von Lehrern und anderen Erwachsenen. Aber »Probleme im Bildungsweg« ist eine unglaublich verschwurbelte Aussage, die das Leid gemobbter Kinder auf keine Weise erkennen lässt und deshalb mehr der Vernebelung als der Klar-

heit dient. Das ist mir, unabhängig von der aktuellen Tat, als ein leider typisch unbeholfener Umgang mit diesem Thema sehr unangenehm ins Auge gefallen.

2. Mobbing und Amok: In meinem »Bullying«-Buch habe ich ein Kapitel über den Zusammenhang von Mobbing und Amok geschrieben. Ich darf mich deswegen kurzerhand einmal selbst zitieren:

Die Frage, ob Opfer von Bullying ein erhöhtes Risiko aufweisen, zum Amokläufer zu werden, kann nicht abschließend beantwortet werden. Obwohl eine diesbezügliche Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, gibt es doch viele Hinweise darauf, dass es sich bei den school shooters häufig um Jugendliche mit ausgeprägten Persönlichkeitsakzentuierungen, insbesondere narzisstischer und paranoider Prägung, handelt. Das Erleben eines Ausgegrenztwerdens durch Mitschüler wäre dann zum einen Produkt der paranoiden Weltsicht des Jugendlichen und zum anderen Reaktion der Mitschüler auf seinen selbst gewählten Rückzug aus der sozialen Gemeinschaft.

In den Wochen und Monaten nach der Tat wurde viel darüber spekuliert, was die Motivation für den Amoklauf gewesen sei. Mittlerweile scheint festzustehen, dass es ein rechtsradikaler und politisch motivierter Anschlag gewesen ist, der sich gezielt gegen Personen mit Migrationshintergrund richtete.

3. Patienten-Bashing: Bei solchen Taten ist es meist nur eine Frage der Zeit, bis wieder irgendjemand aus der journalistischen oder politischen Ecke die Verbindung zwi-

schen Amoklauf und Depression herstellt. Es gab ja bereits nach dem Germanwings-Absturz eine Diskussion darüber, ob man nicht bei depressiven Patienten die ärztliche Schweigepflicht aufweichen sollte. Deshalb hier noch einmal in aller Klarheit:

Depressionen haben mit Amokläufen nichts zu tun.

Der Entschluss zu einer solchen Tat entspringt in den meisten Fällen einer Kränkung, einer paranoiden Weltansicht und dem Wunsch nach eigener Grandiosität. Ich weiß nicht, ob es bei David S. so gewesen ist, aber weder die in den Medien berichtete Depression noch die soziale Phobie, unter der er gelitten haben soll, sind Störungen, die auf eine Gefährdung für einen Amoklauf schließen lassen.

4. Gewaltspieldebatte: So sicher wie das Amen in der Kirche ertönt, so sicher setzt immer wieder die Diskussion über den Zusammenhang von »Killerspielen«, wie das von David S. offenbar präferierte »Counterstrike«, und der Bereitschaft zum Amoklauf ein. Als Arbeitshypothese zu diesem Thema kann derzeit aber gelten, dass diese Spiele eher Symptom als Ursache darstellen; dass das Spielen dieser Shooter durch spätere Amokläufer also eher Ausdruck der inneren Anspannung und des angestauten Hasses ist, als dass die Spiele selbst Gewalt im Spieler erzeugen. Die Killerspieldebatte hat insofern etwas Angestaubtes und auch bei der Beurteilung dieses speziellen Falles nicht weitergeholfen.

5. Ärzte-Bashing: »Warum konnte diese Tat nicht verhindert werden, wenn David S. doch in Behandlung war?« Auch dieser Satz ist eine reflexhafte und erwartbare Reaktion. Nach dem Amoklauf von Winnenden im Jahre 2009 beispielsweise verklagte der Vater des Täters das Klinikum

Weinsberg, in dem sein Sohn zuvor psychiatrisch behandelt worden war. Die eingangs gestellte Frage ist natürlich auf den ersten Blick nachvollziehbar. Aber ihr liegt ein Fehlschluss zugrunde:

Wir Psychiater tun unser Möglichstes, um sowohl selbstgefährdende als auch fremdgefährdende Tendenzen bei unseren Patienten zu erkennen. Bei konkreter Selbstgefährdung erfolgt die Einweisung in eine Klinik, wenn die oder der Betreffende nicht mehr für sich garantieren kann. Glücklicherweise ist das nur sehr selten erforderlich, meist kann man zusammen mit dem Patienten auch eine ambulante Lösung finden. Es muss also keiner Angst haben, mit seinem Arzt auch über Suizidgedanken zu sprechen.

Fremdgefährdende Absichten werden noch viel seltener geäußert und bedürfen einer genauen Befragung des Patienten. Hat der Arzt Kenntnis von einer konkret geplanten Straftat, so muss er die ärztliche Schweigepflicht hintanstellen und die Polizei verständigen. Wenn der Patient einen solchen Entschluss aber alleine fällt und nicht mehr darüber kommuniziert, so hat auch der behandelnde Arzt keine Chance, egal ob im ambulanten oder im stationären Bereich.

Also: Es gibt einen einfachen Grund, warum es nicht möglich ist, trotz aller Vorsichtsmaßnahmen und trotz genauer und sorgfältiger Untersuchung sowohl alle Suizide als auch solche schrecklichen Taten wie den Amoklauf von München im Vorhinein zu erkennen und auszuschließen:

Wir können nicht in die Köpfe der Menschen schauen.

Eine genaue Analyse aller für diese Tat relevanten Hintergründe, der Täterpersönlichkeit, seiner psychischen Störungen, sozialer Variablen und weiterer Faktoren hat in diesem Fall Jahre gedauert, bis es zu der oben erwähnten Einschätzung als rechtsradikaler Anschlag gekommen ist.

Man sollte es sich also nicht zu einfach machen. Vorscheinbare Einordnungen und die Spekulation über den einen, alles erklärenden Grund für eine solche Tat werden in die Irre laufen.

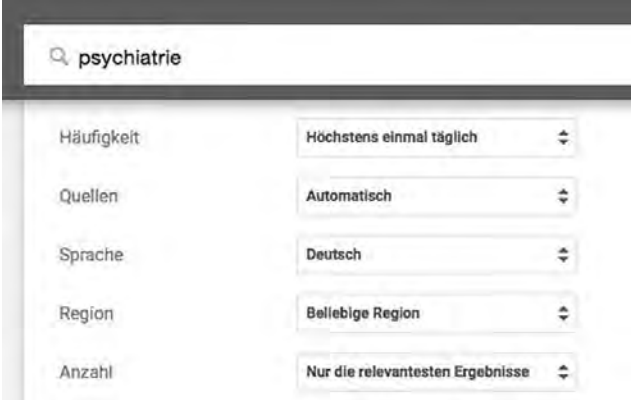
Was Google über Psychiatrie weiß

Um bei bestimmten Themen auf dem Laufenden zu bleiben, eignet sich neben Twitter auch Google Alerts. Man bekommt regelmäßig (bei entsprechend häufig im Netz aufscheinenden Stichwörtern täglich) aktuelle Meldungen zu ausgewählten Bereichen.

Ich selbst nutze diesen Dienst für einige mich interessierende Themen wie Mobbing, Amok, Forensik und eben auch Psychiatrie.

Nachdem ich schon immer mal wieder das Gefühl hatte, dass die von Google ausgesuchten Meldungen irgendwie einseitig sind, habe ich vor einiger Zeit die zurückliegenden gut drei Wochen etwas genauer analysiert.

Meine Einstellungen für diesen Alert sehen so aus (► Abb. 1):



The image shows the Google Alerts configuration interface for the keyword "psychiatrie". It features a search bar at the top with the keyword entered. Below the search bar, there are five settings, each with a label on the left and a dropdown menu on the right. The settings are: Häufigkeit (Frequency) set to "Höchstens einmal täglich" (At most once daily), Quellen (Sources) set to "Automatisch" (Automatic), Sprache (Language) set to "Deutsch" (German), Region set to "Beliebige Region" (Any region), and Anzahl (Number) set to "Nur die relevantesten Ergebnisse" (Only the most relevant results).

Setting	Value
Häufigkeit	Höchstens einmal täglich
Quellen	Automatisch
Sprache	Deutsch
Region	Beliebige Region
Anzahl	Nur die relevantesten Ergebnisse

Abb. 1 Einstellung für meinen Google-Alert »Psychiatrie«

Die mir angezeigten Ergebnisse sind also »nur die relevantesten«. Die Quellen »automatisch« bedeutet, dass Ergebnisse aus news, Blogs, web etc. angezeigt werden.

Die insgesamt 23 Alerts hatten mindestens zwei, maximal zehn Einträge, die im Netz unter dem Stichwort »Psychiatrie« zu finden sind und von Google nach einem mir nicht bekannten Algorithmus ausgewählt werden. Insgesamt sind 160 Meldungen in meine Statistik eingeflossen. Im Schnitt enthielt ein Alert sieben Beiträge.

Ich habe die einzelnen Beiträge in Gruppen eingeteilt und ausgezählt. Dabei konnte eine Meldung durchaus mehreren Gruppen zugeteilt werden. Wenn zum Beispiel anhand einer forensisch relevanten Straftat politische Konsequenzen diskutiert wurden, habe ich diesen Beitrag unter »Forensik« und »Politik« einsortiert.

Hier das Ergebnis (► Abb.2):

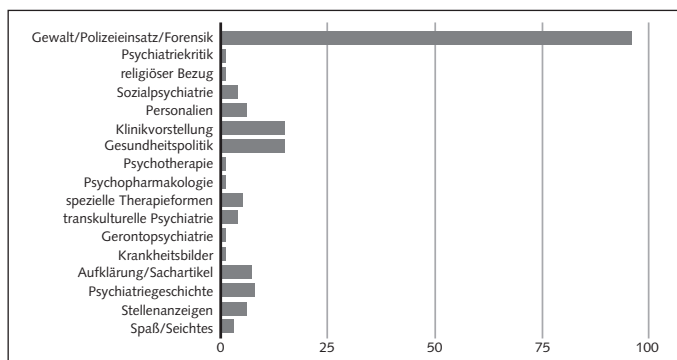


Abb. 2 Die Ergebnisse des Alerts: etwas unausgewogen

Nachdem die Werte so krass ausfallen, kann man kaum die Gruppeneinteilung erkennen, deshalb hier (► Abb. 3) noch einmal die linke Seite des Diagramms:



Abb. 3 Die einzelnen Gruppen im Überblick

Man sieht, dass Google ganz überwiegend Meldungen in den Alert aufnimmt, die sich um den »Crime«-Aspekt der Psychiatrie drehen. Vor allem Gewaltverbrechen stehen hier im Vordergrund. Themen, die der Aufklärung über Erkrankungen und Therapieformen gewidmet sind, gehen fast komplett unter. Aber auch bei den anderen Themen gibt es Schräglagen. Die »speziellen Therapieformen« in der Statistik drehten sich zum Beispiel fast alle um »Therapiehund Joschi«, einen Labrador, der in Berliner Kliniken zum Einsatz kommt. Mit einiger Häufigkeit trifft man noch auf Personalien (»Ein neuer Chefarzt in Klinik XY«) oder Porträts von Krankenhäusern (»Die Psychosomatik in YZ hat jetzt auch einen Therapiehund«).

Insgesamt erhalten wir also in den Google Alerts ein völlig verzerrtes Bild von der Psychiatrie, das allerdings ein gutes Abbild der genauso verzerrten öffentlichen Wahrnehmung dieses medizinischen Fachs ist. Ich gehe mal davon aus, dass Google hier widerspiegelt, was in diversen Online-Medien über das Thema Psychiatrie zu lesen ist.

Psychisch kranke Menschen werden oft nur unter dem Aspekt der forensischen Relevanz präsentiert. Das entspricht in keiner Weise der tatsächlichen Bedeutung, den die kleine Gruppe psychisch kranker Straftäter in der Tag für Tag stattfindenden Arbeit hat, sowohl in der Klinik als auch in der Praxis.

Ebenso wie die Patienten sind die in der Psychiatrie tätigen Personen wie Krankenschwestern, Pfleger und Fachärzte beliebte Zielscheiben von Abwertung und Entwürdigung.

Die Stigmatisierung psychisch Kranker sowie des gesamten Komplexes »Psychiatrie« findet weiterhin und auf vielfältige Weise statt. Google Alerts ist ein Teil davon.

Können Sie mal eben meine Frau für geschäftsunfähig erklären?

Vor ein paar Tagen: Aufgeregter Anruf des Ehemannes einer Patientin: Sie wäre wieder manisch, würde viel Geld ausgeben. Sie hätte doch morgen einen Termin bei mir (nach einer längeren Pause). Ich solle doch bitte bescheinigen, dass die Ehefrau geschäftsunfähig sei. Der Ehemann sei schon beim Hausarzt gewesen. Der habe ihm nicht helfen können, aber gemeint, dass »der Psychiater das mit einem Attest bestätigen kann«.

Die Geschäftsunfähigkeit ist in § 104 BGB geregelt:

Geschäftsunfähig ist

- 1. wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat*
- 2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.*

Also sollte ich nach dem Willen des Ehemannes und nach dem Vorschlag des Hausarztes mal eben schnell meiner Patientin attestieren, dass sie rechtlich einem unter sieben Jahren alten Kind gleichgestellt und ihr krankhafter Zustand nicht vorübergehend ist.

Dass die Partnerschaft mit einer manischen Patientin nicht leicht bzw. äußerst belastend sein kann, steht außer Frage. Sollte die Patientin aufgrund ihrer psychischen Störung, wie vom Ehemann angedeutet, ihre Vermögensgeschäfte nicht mehr regeln können, so käme die Anregung einer gesetzlichen Betreuung beim zuständigen Amtsgericht infrage. Diese Information habe ich auch dem Ehe-

mann gegeben und ihm gesagt, dass für die Feststellung der Geschäftsunfähigkeit ein psychiatrisches Gutachten erforderlich sei.

Mich ärgert nicht so sehr das Ansinnen des überforderten Ehemannes, sondern vielmehr die Nonchalance des Hausarztes. Sie kennzeichnet den Blick auf das Fachgebiet Psychiatrie, den viele Kollegen haben:

- Psychiater sind ihnen irgendwie unheimlich.
- Die Psychiatrie als Facharztdisziplin wird nicht so recht ernstgenommen.
- Der Psychiater soll ran, wenn irgendjemand »spinnt« oder »komisch ist«, dann aber möglichst ganz schnell.
- Psychiater sollen und können jeden mal eben schnell entmündigen, für geschäftsunfähig erklären oder zwangseinweisen.

Ansonsten schimpft man über Psychiater, wenn sie

- jemanden in der Forensik festhalten (natürlich nur aus irgendwelchen sadistischen Trieben heraus)
- oder wenn sie jemanden aus der Forensik entlassen (und der dann eine erneute Straftat begeht).

Ich kenne viele sehr kompetente und von mir außerordentlich geschätzte Allgemein- und Fachärzte, mit denen ich seit Jahren bestens zusammenarbeite. Aber manche andere würde ich am liebsten zurück ins Studium schicken. Da müssten sie dann so lange den Psychiatrie-Schein (den sie alle mal gemacht haben!) wiederholen, bis sie ein realistisches Abbild des Faches Psychiatrie in ihren Gehirnwindungen haben.

Von medizinischen Kollegen, die das Gleiche studiert haben wie ich, verlange ich einen anderen Standpunkt zur Psychiatrie als den bierschaumgesättigter Stammtischrunden.

PS: Das Gespräch mit der Patientin verlief übrigens problemlos. Sie verließ geschäftsfähig, mit einem Rezept und einem erneuten Termin meine Praxis.

Echt irre! Voll schizo!

Anti-Stigma-Kampagnen setzen sich zum Ziel, schräge und klischeehafte Vorstellungen über psychische Erkrankungen und psychisch Kranke aufzugreifen, anzuprangern und zu ächten.

Meiner Meinung nach brauchten wir eine regelrechte Anti-Stigma-Einsatztruppe, die jeden Schmarrn, der zum Thema »Psycho« in den Medien auftaucht, sofort richtigstellt. Den Redakteuren, die entweder schlampig oder effekthascherisch, stets aber auf Kosten tatsächlich Betroffener über psychiatrische Themen berichten, sollte ihr Artikel wie ein Bumerang wieder um die Ohren fliegen. So lange, bis Seriosität und Wahrheitsgehalt des Textes ein Niveau erreichen, das zumindest eine Stigmatisierung verhindert.

Wie? Dann würde niemand mehr diese Artikel lesen? Wäre nicht schade drum.

Ein Beispiel, wie man auf engstem Raum eine hohe Dichte inhaltlich falscher und schlecht recherchierter Aussagen unterbringt, war ein Beitrag einer Münchener Tageszeitung zu einem Tötungsdelikt, das sich im Jahre 2013 im österreichischen Annaberg ereignet hatte. Der Täter Alois Huber sollte wegen Wilderei mittels einer Verkehrskontrolle gestellt werden. Es kam zum Schusswechsel, dabei und bei einer weiteren Straßensperre erschoss Huber mehrere Polizisten. Anschließend konnte er auf seinen Hof fliehen, wo er sich über Stunden hinweg verschanzte. Schließlich brach Feuer auf dem Hof aus, und eine verkohlte Leiche wurde geborgen, von der angenommen wird, dass es sich um den Täter handelte.

Eine tragische Geschichte, die an diesem Tag insgesamt fünf Menschen das Leben kostete. Wie lautete aber die

Schlagzeile der Zeitung? »Wie irre war der Amok-Wilderer von Annaberg?«

Offensichtlich wurde als Hintergrund der von Alois Huber begangenen Tötungsdelikte eine psychische Störung vermutet. Die obige Formulierung würde allerdings gut in eine dieser auf einschlägigen Trash-TV-Sendern laufenden Talkshows passen. Der »irre Amok-Wilderer«. Das zielt ausschließlich auf Sensation und Psycho-Horror-Grusel-Show.

»Er sei schizophren, vertraute er einem Freund an. (...) Es ist das Psychogramm einer gespaltenen Person.« Nein, lieber Zeitungsredakteur, das hat nichts mit einer »gespaltenen Person« zu tun. Auch dass er »sowas wie ein zweites Ich« gehabt haben soll, ist kein Hinweis auf das Vorliegen einer Schizophrenie.

Die Verwechslung einer Psychose mit »gespaltenen Persönlichkeiten« und Ähnlichem ist die wohl häufigste Form nachlässiger Verbreitung von Unsinn aus dem psychiatrischen Bereich. Bei der Schizophrenie besteht die »Spaltung« zwischen Anteilen der Psyche, wie Denkvorgänge, Denkinhalte, Gefühle, Antrieb, Verhalten. Eine Störung, die ein »zweites Ich« erzeugt, gehört in einen völlig anderen diagnostischen Bereich, hat nichts mit Schizophrenie zu tun und ist darüber hinaus viel seltener als eine schizophrene Psychose. Bezeichnet wird sie als »Dissoziative Identitätsstörung«.

Muss man als Redakteur nicht wissen. Außer man schreibt darüber. Dann verlangt in meinen Augen die journalistische Sorgfaltspflicht nach einer genauen Recherche dessen, worüber ich zu schreiben gedenke. Sonst kommt etwas dabei heraus, das sich nur durch die Druckerschwärze ein wenig vom oft zitierten Stammtischniveau abhebt.

Zu guter Letzt wird in dem Artikel aus der Psychiaterin

Adelheid Kastner, einer in Österreich prominenten Gutachterin, kurzerhand noch eine »Psychologin« gemacht. Auch diese Verwechslung scheint nicht auszurotten zu sein. In Kurzform: Psychiater sind Ärzte, die nach dem Medizinstudium die Facharztausbildung zum Psychiater absolviert haben. Psychologen haben dagegen Psychologie studiert, und nicht Medizin. Beide Fachrichtungen arbeiten häufig zusammen, sowohl in den Kliniken als auch im ambulanten Bereich. Ihre Tätigkeitsbereiche sind dabei aber sehr unterschiedlich, so sind zum Beispiel für die medizinische Diagnostik und Behandlung die Ärzte zuständig, für psychologische Testungen die Psychologen. Was das Ganze etwas kompliziert gestaltet, ist die Tatsache, dass beide Berufsgruppen nach einer speziellen Ausbildung als Psychotherapeuten tätig sein können. Wenn man sich das mal genau angeschaut hat, ist es aber nicht so schwierig, wie es sich vielleicht anhört.

Außer schlampiger Begriffsverwendung und effektheischender Wortwahl diskriminiert dieser Artikel Patienten mit einer schizophrenen Psychose, die durch ihn in die Nähe einer zunächst nicht begreifbaren und möglicherweise auf einer tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung beruhenden Gewalttat gerückt werden.

Ich rede mir nicht ein, dass sich das in absehbarer Zeit ändern wird. Es verkauft sich so einfach besser. Falsch ist es trotzdem, weil unter der damit verbundenen Diskriminierung Menschen leiden.