

**VORTRAG Moers, 25.09.2013, 14:00 h**  
**zur Auftaktveranstaltung des Weseler Bündnisses**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mein Name ist Albert Franz Ernst. Ich bin seit etwa 40 Jahren mit psychologischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Fragen und Themen beschäftigt und seit insgesamt ca. 30 Jahren, zunächst im stationären und seit weit über 20 Jahren selbständig im ambulanten Bereich als Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeut, als Arzt, tätig.

In diesen vergangenen Jahrzehnten hat sich nach meiner Beobachtung „viel getan“, viel Positives und Erfreuliches, viel Innovatives, Integrierendes und Kooperierendes, insbesondere im Hinblick auf die langsam wachsende Enttabuisierung, Entdiskriminierung und die glücklicherweise langsam zunehmende gesellschaftliche Akzeptierung psychischer, besser psychosomatischer Krisen, Störungen und Erkrankungen (denn, nach meiner Auffassung, kann das Psychische nie vom Somatischen isoliert betrachtet werden, immer sind beide Systeme integrativ betroffen). Wir alle, auch die nicht professionell in unserem Fachgebiet Tätigen wissen, dass wir Menschen Gebilde aus Körper, Geist und Seele sind und dass der „Apparat“ Mensch ein höchst komplexes und deshalb so höchst störanfälliges – lassen Sie mich sagen – Wunder der Natur ist, so, wie diese – die Natur – selbst und der gesamte Kosmos ein Wunder sind. Und dabei ist das psychische Gefüge – im Wechsel- und Zusammenspiel mit Körper und Geist – eben nicht weniger komplex und kompliziert als unser Körper und unser Geist und deshalb nicht weniger vulnerabel und krisenanfällig. Das ist gegeben und unumstößliche Realität.

Warum also immer noch – trotz der oben bereits erwähnten Aufwärtsentwicklung hinsichtlich Abbau von Tabuisierung und Diskriminierung – unverhältnismäßige Scham- und Schuldgefühle, warum also immer noch Tendenzen zur Tabuisierung, warum immer noch Tendenzen zur Diskriminierung und Stigmatisierung?

Diese Frage ist heute nicht, zumindest nicht in erster Linie, Gegenstand meines Vortrages und bedarf einer gesonderten Auseinandersetzung. In meinen Worten und Botschaften an Sie soll es heute vielmehr darum gehen, wie wir diese, in Konsequenz zur Gesamtproblematik destruktive Tatsache und diese, der Heilung und Verbesserung psychischer Erkrankungen schädigenden gesellschaftlichen Prägungen, zum Wohle der Betroffenen, deren Angerhöriger und der Behandler konstruktiv, optimistisch, auch mit Humor und mit wohlgesonnenem Verständnis für die komplexe Problematik ins Positive verändern können.

Wir müssen begreifen lernen, dass wir ALLE Betroffene sind. (Ich vermeide aus gutem Grund bewusst die Formulierung „*potentiell* Betroffene“). Es gibt eigentlich kein „Dies- und Jenseits der Theke“. Wir sitzen ALLE in einem Boot.

Ich möchte mich herzlich für die Einladung, an Ihrer Auftaktveranstaltung mitwirken und von meinen Erfahrungen und meinen Gedanken zur Depressionsbehandlung und zur Bündnisarbeit berichten zu dürfen, bedanken. Gerne bin ich der Bitte von Herrn Dr. Rau, heute zu Ihnen zu sprechen, gefolgt; hat doch die Vorbereitung und Auseinandersetzung mit dem heutigen Thema

### *Warum ein Bündnis gegen Depression?*

auch einen interessanten und spannenden und resümierenden Reflexionsprozess über das Phänomen Depression und dessen Botschaft an uns alle, sowie über Sinn und Notwendigkeit der

Bündnisarbeit bei mir in Gang gesetzt, mich Antworten finden lassen und mir geholfen, einige der noch zahlreichen bedeutsamen Schwierigkeiten zu identifizieren.

*Was ist eine Depression?*

*Wie fühlt sie sich an?*

*Was erlebt ein Mensch, der in einer depressiven Krise steckt?*

Um Ihnen, so Sie nie betroffen gewesen sein sollten, eine Idee des inneren Erlebens eines depressiven Menschen zu vermitteln, möchte ich die poetischen Worte einer ehemaligen Patientin von mir vortragen, die, nach Überwindung einer schwersten depressiven Existenzkrise – sozusagen in Rückschau auf ihr depressives Empfinden – Folgendes kreierte:

## Gedanken zum Bild *Der Gefangene* von A. F.

Schwer beugt die ungeliebte Last  
Die bebenden Schultern / nieder  
Flüstert liebkosend bald fordernd  
Beharrliche Liebhaberin  
Schmeichelnd ins Ohr von Schuld und Scham  
Schlingt sanft giftige Tentakel  
Um Hals und Kehle geduldig  
Unerbittlich fest drückt sie zu  
Und erpresst ein letztes Stöhnen

Mein Leben rinnt aus entgleitet  
Dem Geist den kraftlosen Fingern  
Kann nicht mögen kann nicht wollen  
Kann's nicht halten tut so sehr weh

Gestern noch begehrte ich auf  
Ihr zu entkommen tauchte ich  
kühn in Arbeit Menschenmengen  
entlud sich nackte Verzweiflung  
Zornig in gewaltigem Schrei  
Gestern noch quoll die Trauer heiß  
Aus Mark und brennenden Löchern  
Über meine Ufer schwappten  
Tränen schufen Seen aus Schmerz  
Und linderten doch nicht mein Leid

Verstummt ist die Stimme trocken  
Die Augen längst blind gewaschen  
Magen und Herz eisig verklumpt  
Sitz nur da und fühl das Nichts bin  
Allein hab mich nicht hab mich nicht

Leer füllt die ungeliebte Last  
Meinen verkümmerten Torso  
Hat Hände Füße amputiert  
Den Rest von Süße und Stärke  
Sog sie heraus aus der Seele  
Kerker Wirtskörper bin ich und  
Darin gefangen von ihr und  
Mit ihr es gibt kein Entrinnen  
Auf immer getrennt vereint

Still ist's geworden so sehr still  
Bin fort lieg irgendwo verstreut  
Ist das der Tod ist es der Tod  
Tut kaum noch weh tut kaum noch weh

Nach meiner Erfahrung fragt die Depression immer nach Leben oder Tod. (Wir hörten eben „Ist das der Tod, ist es der Tod? ...“)

Das depressive Erleben zeigt immer einen Wendepunkt im Leben des Betroffenen und seiner Umgebung an.

Die Ursachen und Zusammenhänge, die diesen Wendepunkt zwingend notwendig machen, liegen in der Regel dem gesamten depressiven Geschehen zu Grunde und lassen sich fast immer in familiären, oft weiter oder weit zurückliegenden familiären Verstrickungen – welche wiederum häufig in historischen und gesellschaftlichen Ereignissen und Traumata wie Kriegserfahrungen und Schicksalsschlägen begründet sind – finden.

Das depressive Erleben des Individuums ist also immer als Ausdruck eines verletzten und geschädigten Gesamtsystems zu verstehen, und darum sind wir – wie zuvor bereits von mir erwähnt – ALLE (zumindest mit-) betroffen.

Wir müssen unseren Patienten im Verlaufe der Behandlung dabei helfen, ihre depressive Krise (auch) als Chance zu verstehen, in dem sie im Prozess der Behandlung die zugrundeliegenden Ursachen erkennen können, um eine veränderte Einstellung dazu gewinnen zu können, um sozusagen die Energie ihrer Depression transformieren zu können. Denn es handelt sich um Energie, wenn auch durch und in der Depression geblockt und gestaut, gegen sich selbst gerichtet. Wir können in der Behandlung nichts aus der Vergangenheit ungeschehen machen – auch nicht die Geschehnisse innerhalb der Familie und anderer nahestehender Menschen – , aber wir können den Erkenntnisprozess fördern, wir können helfen, akzeptieren und annehmen zu lernen, Vergangenes abzuschließen, ggf. von Mitgliedern der Familie übernommenes Leid an die entsprechenden Stellen

bzw. Personen „zurückzugeben“, ihre verzerrten Wahrnehmungen zu entzerren, um größtmöglichst unbeeinflusst von Vergangenem ein eigenes, autarkes und autonomes, glückliches Leben zu führen.

Nicht selten wurde mir von Patienten am Ende oder gegen Ende einer Psychotherapie gesagt: „Mir konnte eigentlich nichts Besseres passieren, als die Depression zu entwickeln, denn sie hat mich gezwungen, mich mit mir auseinanderzusetzen, zu lernen, mich selbst wichtiger zu nehmen und besser auf mich zu achten“.

Das ist, was ich meine, wenn ich sage, wir müssen Depression (auch) als Chance verstehen.

Leben oder Tod.

Das will glücklicherweise nicht immer heißen, – allerdings bedauerlicherweise oft bis sehr oft (Jährlich haben wir mehr Todesfälle durch Selbsttötung, als durch Verkehrsunfälle in Deutschland zu beklagen) – dass ein depressiver Mensch aktiv suicidal ist. Immer jedoch zeigt eine Depression an, dass das Leben des Betroffenen und seiner Umgebung so wie bisher nicht weitergehen kann und nicht mehr lebenswert erscheint. (Fast immer hört man Depressive sagen: „Das ist kein, das ist nicht mehr ... mein Leben“ ....)

Die poetischen Worte meiner ehemaligen Patientin schildern eindrücklich das quälende, niederschmetternde, zerstörerische und selbstzerstörerische, infernale, an's Unerträgliche grenzende emotionale, aber auch somatische („Magen und Herz eisig verklumpt“) und mentale innere Erleben der Betroffenen („Mein Leben rinnt aus, entgleitet dem Geist“). Gefühle und Gedanken der Auswegslosigkeit, des nie-enden-Wollens, auch Gefühle der manchmal kompletten Gefühlslosigkeit und der inneren Leere („Sitz nur da und fühl' das Nichts...“), oft grenzenlose Einsamkeitsgefühle („Allein, hab mich nicht, hab mich nicht ...“), Gefühle von Machtlosigkeit, ja,

Ohnmacht (... „hat Hände und Füße amputiert“ ...) beherrschen das Lebensgefühl, ... so noch Gefühle vorhanden sind. ...

Depressive Menschen stehen sich oft selbst fremd gegenüber, erkennen sich selbst nicht wieder, werden gemartert von hochgradiger Ambivalenz, wissen nicht, nicht mehr, was sie wollen und was sie nicht wollen, empfinden sich in einem „anderen Leben“, in einem, wie eben gesagt, Zustand der Zerrissenheit zwischen Leben und Tod. Meist werden die sogenannten „normalen“ oder gar einfachsten Dinge des Lebens (Aufstehen, Waschen, Anziehen, Einkaufen gehen, geschweige denn, Arbeiten gehen) als unüberwindbare Hürden empfunden. Der Teufelskreis spitzt sich häufig dadurch zu, dass Scham- und Schuldgefühle sich selbstquälerisch einstellen und nicht selten die überforderte, die rat- und hilflose Umwelt mit sogenannten gut gemeinten Ratschlägen („Fahr mal in Urlaub, schlaf Dich mal aus, mach mal was Schönes“, oder gar „Reiss Dich zusammen...“ ) den Druck von Selbstvorwürfen und Selbstentwertungen noch erhöhen. Die Umwelt, vor allem die uninformierte, und vor allem aber die Angehörigen sind verständlicherweise oft vollkommen hilflos („Er/sie war doch immer so aktiv, so fleissig, so selbstbewusst, und so hilfsbereit und teilnehmend ... Wir wissen nicht, wie wir helfen können ...“)

So viel zum Zustandsbild, zur Situation, zur Symptomatologie... (... Ich könnte die Kette von Symptomen und Zuständen noch mannigfaltig weiter aufreihen ...)

Unser Betroffener steht nun da in seiner Rat- und Hilflosigkeit. Der Hausarzt, dem er sich vielleicht anvertraut (wenn die Scham- und Schuldgefühle nicht zu gross) untersucht ihn und „findet nichts Körperliches“ ..., organisch „alles in Ordnung“, außer vielleicht der begleitenden Rücken-, oder Kopfschmerzen, der Schlaflosigkeit. ... Vielleicht – er will ja seinen Patienten nicht verschrecken

(leider muss der Hausarzt immer noch viel zu häufig damit rechnen) – „wagt“ der Hausarzt den Vorschlag zur Überweisung zum Psychiater, zum Psychotherapeuten ...

Reaktion: „Ich bin doch nicht irre, nicht gestört, in meinem Leben ist doch alles in Ordnung. Familie, Arbeit, Freunde ... Ich muss doch zufrieden sein, ich habe alles, was ein glückliches Leben braucht ... Ich muss doch zufrieden sein ...“

Vielleicht macht sich der / die Betroffene selbst „auf den Weg“ ... - und stösst auf ein ihn irritierendes Angebot: Nervenarzt, Psychiater, Neurologe, Psychologe, Psychotherapeut, Psychoanalytiker, Psychosomatiker, Verhaltenstherapeut, Gestalttherapeut, Gesprächstherapeut usw., usw. ... Wie soll er sich in diesem Wirrwarr zurechtfinden? „An wen soll ich mich wenden? Wer kann mir helfen?“

Sollte der / die Betroffene sich vielleicht entschliessen, den Telefonhörer in die Hand zu nehmen, hört er meistens Folgendes – in der Regel spricht der AB mit ihm - : „Leider im Moment keine freien Therapieplätze. Wartezeit mindestens ein halbes bis ein Jahr. Versuchen Sie es bitte auch bei folgenden Kollegen ..., usw., usw...“

- Unser Patient gibt spätestens jetzt vermutlich auf, versucht nun doch, es „selbst zu schaffen“, redet sich ein, dass er sich alles vielleicht doch nur einbildet ... , er wirklich vielleicht einfach nur einen längeren Urlaub machen muss. Das tut er. Er kommt nach 3 Wochen zurück, und nahezu nichts hat sich geändert, allenfalls ist für kurze Dauer der Akku etwas aufgeladen. Dann dreht sich die Spirale weiter, und er gerät immer mehr in einen Strudel der Verzweiflung und Rat- und Hilflosigkeit, was wiederum die Symptomatik exacerbieren und sich potenzieren und eine Chronifizierung erwarten lässt, wodurch sich die Prognose erheblich verschlechtert.

So oder so ähnlich entwickelt sich das Ganze sehr häufig und endet schlimmstenfalls tatsächlich mit einer Selbsttötung, wenn auch nicht immer physisch, so doch – und das ist nicht selten – mit einer Art emotionalem Tod, einem Tod der Vitalität und Erlebensgefühle, d. h., das physische Leben geht zwar weiter, der Mensch „funktioniert“. Seine Potentiale, seine Liebesfähigkeit, seine Kreativität liegen allerdings brach oder organisieren sich auf defizitärem oder eigentlich totem Funktionsniveau.

Es gibt viele praktische, logistische, organisatorische, institutionelle, berufspolitische Möglichkeiten, die höchst defizitäre Situation zu verändern und zu verbessern.

Die Berufsgruppen, die mit psychisch erkrankten Menschen arbeiten, die Institutionen, die Kliniken, die Beratungsstellen, die niedergelassenen Fachärzte und Psychologischen Psychotherapeuten müssen sich stärker vernetzen, mehr kooperieren, die linke Hand muss wissen, was die rechte tut. Zum Wohle unserer Patienten müssen wir mehr, besser, intensiver, organisierter und institutioneller zusammenarbeiten. Die Kooperation mit Hausärzten und anderen Fachärzten muss gefördert werden, die sogenannte „Schnittstellenproblematik“ zwischen stationärem und ambulantem Bereich muss und kann durch eindeutiger strukturierte und organisierte Abläufe minimiert werden. Die Früherkennung depressiver und überhaupt psychischer Erkrankungen muss optimiert werden. Das gilt nicht nur für organische Erkrankungen, das gilt für psychogene Störungen in gleicher Weise. Je eher die Behandlung einsetzt, desto besser.

Es muss selbstverständlicher werden, dass zu einer qualifizierten und umfassenden Diagnostik nicht nur der Facharzt für Orthopädie, Urologie, Gynäkologie usw. hinzugezogen wird, sondern auch der Psychiater und Psychotherapeut. Und – je selbstverständlicher wir alle damit umgehen, umso selbstverständlicher werden unserer Patienten unsere / Ihre Empfehlung, sich psychiatrisch und psychotherapeutisch untersuchen und ggf. behandeln zu lassen, annehmen. Da stehen wir in der Pflicht.

Es müssen mehr Plätze für Psychotherapeuten geschaffen werden, aber neben diesem eher quantitativen Aspekt müssen wir auch nachdenken über viele sich bietende alternative und supportive Behandlungs- und Hilfsangebote. (Ich hätte da einige Ideen in der Pipeline...)

Neben all diesen wichtigen eher praktischen, organisatorischen und faktischen Veränderungsmöglichkeiten sollten wir aber vor allem eines tun:

Unser aller Bewusstsein – auch und gerade in der Bevölkerung – über das massive Vorhandensein depressiver Erkrankungen sensibilisieren. Wir müssen den Menschen helfen, ihre Angst und Scham zu überwinden, wir müssen über die prinzipiell wirklich guten Behandlungsmöglichkeiten und – erfolge aufklären. Und wir müssen intensiver Fehlinformation ausräumen (z. B. „Alle Psychopharmaka machen abhängig...“). Wir müssen durch verschiedenste – z. B. auch kulturelle, journalistische, öffentliche Veranstaltungen das Thema Depression im Gespräch halten und viel mehr über die grundsätzlich guten Behandlungserfolge berichten.

Nur so können wir verhindern, dass die rapide Zunahme depressiver und anderer Erkrankungen gemindert wird. Neben orthopädischen Erkrankungen führen heute psychische Erkrankungen zu den meisten Frühverrentungen, haben Depressionen in den letzten Jahren zur Verdoppelung der Erkrankungshäufigkeit in der gesamten Bevölkerung – und dies in erschreckender Weise besonders bei jüngeren Menschen – und zur erheblichen Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten bei gleichzeitiger Abnahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten insgesamt geführt.

Aber – so paradox es klingen mag: Die statistische Zunahme depressiver Erkrankungen zeigt auch eine positive Entwicklung an, nämlich: Die Diagnostik hat sich bereits verbessert, ebenso die

Sensibilität der Wahrnehmung psychischer Erkrankungen, und – die Tabuisierung und Stigmatisierungstendenzen beginnen, sich zu verringern.

Haben mich vor 20 Jahren noch Patienten gebeten, einen Termin in der abendlichen Dunkelheit zu bekommen, um nicht beim Betreten der Praxis gesehen zu werden, haben mich früher noch Patienten gebeten, den Hausarzt zu fragen, ob er nicht die Arbeitsunfähigkeit attestieren kann, damit der Arbeitgeber nicht die Facharztbezeichnung liest, höre ich solche Anfragen heute nur noch sehr selten.

In diesem Zusammenhang möchte ich Ihnen gerne eine Anekdote erzählen, die uns optimistisch stimmen darf:

Vor ca. 20 Jahren legte ich bei einem Einkauf meine EC-Karte vor. Der Verkäufer fragte mich: „Dr. med.? Was für ein Arzt sind Sie?“. Auf meine Antwort „Psychiater und Psychotherapeut“ legte er mitfühlend seine Hand an meinen Oberarm und meinte bedauernd: „Schweres Schicksal.“ Vor ein paar Wochen eine ähnliche Situation: Die junge – etwa 20-jährige – Verkäuferin, die kassierte, fragte mich dasselbe. Auf meine Antwort („Psychiater und Psychotherapeut“) strahlte sie mich an und sagte: „COOL ...“.

Wir dürfen also optimistisch sein und unsere sinnvolle Arbeit beherzt und mutig fortführen.

Jedoch, es gibt viel zu tun und wir haben viele Aufgaben vor uns. Das braucht Zeit und Entwicklung. Ich glaube aber, dass sich die Entwicklung zur Verbesserung der Gesamtsituation grundsätzlich nicht mehr aufhalten lässt. Es ist an der Zeit!

Rainer Maria Rilke:

Man muss den Dingen  
die eigene, stille  
ungestörte Entwicklung lassen,  
die tief von innen kommt  
und durch nichts gedrängt  
oder beschleunigt werden kann,  
alles ist austragen – und  
dann gebären ...

Reifen wie der Baum,  
der seine Säfte nicht drängt  
und getrost in den Stürmen des Frühlings steht,  
ohne Angst,  
dass dahinter kein Sommer  
kommen könnte.

Er kommt doch!

Aber er kommt nur zu den Geduldigen,  
die da sind, als ob die Ewigkeit  
vor ihnen läge,  
so sorglos, still und weit.

Man muss Geduld haben

Mit dem Ungelösten im Herzen,  
und versuchen, die Fragen selber lieb zu haben,  
wie verschlossene Stuben,  
und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache  
geschrieben sind.

Es handelt sich darum, alles zu leben.  
Wenn man die Fragen lebt, lebt man vielleicht allmählich,  
ohne es zu merken,  
eines fremden Tages  
in die Antworten hinein.

Ich wünsche Ihrem Bündnis viel Freude an der Arbeit, Zuversicht, Mut und viele gute Ideen und  
Entwicklungen und freue mich schon jetzt auf eventuelle gemeinsame Kooperationen und Projekte.