

Peter Teuschel

# Neulich in der Sprechstunde

Skandalöses und Merkwürdiges  
aus der psychiatrischen Praxis



*Wissen & Leben*  
Schattauer

Peter Teuschel

# Neulich in der Sprechstunde

---

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

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

### **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](http://www.schattauer.de)

© 2020 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung  
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart  
Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart  
unter Verwendung einer Abbildung von © istock/Sergey\_T  
Lektorat: Volker Drüke, Münster

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart  
Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-40052-6

E-Book: ISBN 978-3-608-12069-1

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20486-5

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

## 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 un erfreulichen 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 Schief lagen 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:<br>Schizophrenie à la Hollywood .....         | 28 |
| Die Trivialisierung der Psychiatrie .....                                      | 31 |
| Psychiatrische Versorgung und Forschung:<br>Eine Insellandschaft? .....        | 34 |
| #movember hat auch eine psychische Dimension .....                             | 38 |
| »Modediagnosen« aus Patientensicht:<br>Nein, Sie sind nicht »B« .....          | 40 |
| Gewalt durch psychisch Kranke:<br>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:<br>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:<br>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<br>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<br>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-<br>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:<br>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,<br>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<br>die erste Wahl .....         | 185 |
| Trockener Alkoholiker? Die »Strafe« des Versorgungsamtes                      | 187 |
| Land unter .....                                                              | 190 |
| Immer erkenntnisreich: Der Partner des Patienten<br>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:<br>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:<br>Die Hirschhausenisierung der Medizin . . . . . | 240 |
| Islamist oder Irrer: Hauptsache Geschrei . . . . .                                     | 243 |
| Small-Talk-Knaller für die nächste Party:<br>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 hinstellen 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.

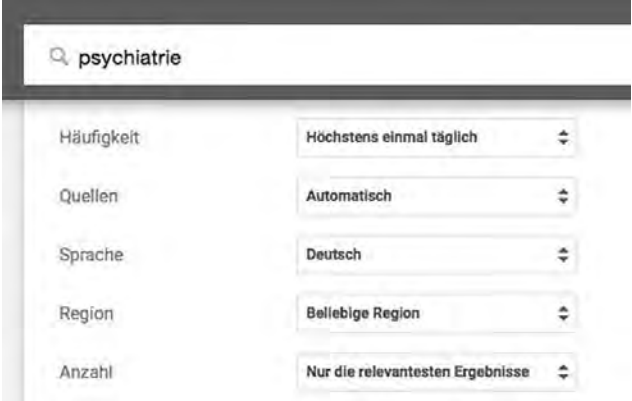
# Was Google über Psychiatrie weiß

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):

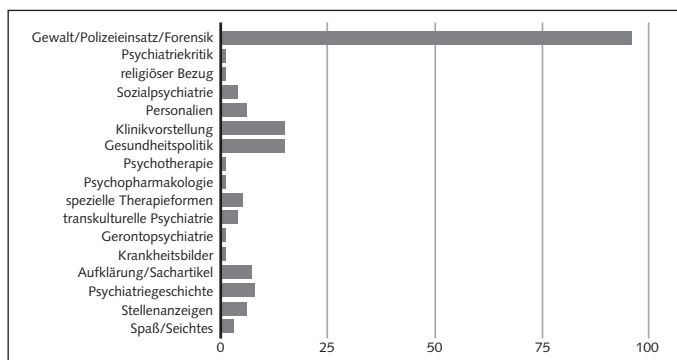


Abb. 2 Die Ergebnisse des Alerts: etwas unausgewogen

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