



Freitag, 04. März 2022, 15:00 Uhr
~18 Minuten Lesezeit

Mut zur Therapie

Psychische Krankheiten treten bei Erwachsenen und Kindern vor allem seit der Pandemie immer öfter auf — doch es gibt Möglichkeiten, sie zu heilen.

von Martha Rosenbaum
Foto: sun ok/Shutterstock.com

Seelische Erkrankungen kommen bei Erwachsenen und Kindern häufiger vor, als wir glauben. Die Lockdowns trugen zu einem zusätzlichen Anstieg bei. Auch heute hemmen häufig noch Ängste die betroffenen Menschen, Hilfe zu suchen oder eine Behandlung in Anspruch zu nehmen. Zum Beispiel die Angst, dass nahestehende Mitmenschen sie stigmatisieren. Oder die Sorge, dass in Therapien Dinge passieren könnten, die sie gar nicht möchten. So mancher fürchtet auch, dass alle Hilfsversuche ihre Situation nicht bessern werden. Mut ist somit eine entscheidende Voraussetzung, damit Therapie zustande kommen und Heilung geschehen

kann.

„Was ist Gerechtigkeit ohne Heilung? Wir müssen bei der revolutionären Arbeit unser ganzes Selbst mit einbeziehen. Es gibt keine Arbeit von außen, ohne dass sie nach innen wirkt, und keine Arbeit von innen, ohne dass sie nach außen strahlt“ – Chani Nicholas (1).

Ein Exkurs in die Theorie

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe. Sie beschreibt einen Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.

Die psychische Gesundheit wird von zahlreichen Risikofaktoren beeinflusst, zum Beispiel berufliche Belastung, schwerwiegende Lebensereignisse, Persönlichkeitsfaktoren, sozialer Status, Lebensführung, aber auch Schutzfaktoren wie Unterstützung, Resilienz und gesunde Lebensweise. In unserer Gesellschaft sind Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit häufig und weit verbreitet. Diese Einschränkungen haben jedoch unterschiedliche Ausmaße. Das Spektrum reicht dabei von leichten Einschränkungen bis hin zu schweren psychischen Störungen. Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen sind erheblich und beeinflussen die körperliche Gesundheit.

Insgesamt erkranken 8,2 Prozent, das heißt 5,3 Millionen der

erwachsenen Deutschen im Alter von 18 bis 79 Jahren im Laufe eines Jahres an einer unipolaren oder anhaltenden depressiven Störung (2). Diese Zahl erhöht sich noch einmal, um Kinder und Jugendliche sowie Menschen über 79 Jahre, die in dieser Studie nicht erfasst sind. Man schätzt, dass bis zu 3,4 Prozent der Grundschul Kinder und bis zu 8,9 Prozent der Jugendlichen betroffen sind. Wie kann das sein? Die meisten Menschen in unserer Gesellschaft leben in Wohlstand, in Deutschland herrscht Frieden. Wir haben relativ viel freie Zeit. Aber die Menschen sind anscheinend weder besonders gesund, noch glücklich.

Wie war es früher, in unserer Geschichte?

Das Wort Depression ist in Texten der Antike und des Mittelalters nicht zu finden – bei ganz genauer Betrachtung allerdings seine Beschreibung davon: die Melancholie. Melancholikós (griechisch (μελαγχολικός) bedeutet „zur schwarzen Galle, zu Tiefsinn, Wahnsinn geneigt“.

Melancholie war in den frühen Zeiten und Kulturen durchaus hochgeschätzt. „Warum erweisen sich alle außergewöhnlichen Männer in Philosophie, Politik, Dichtung oder den Künsten als Melancholiker?“, fragte etwa der Philosoph Theophrastos von Eresos. Im Mittelalter veränderte sich die Haltung, die Melancholie war nun verpönt. Sie ist „Todsünde und Instrument des Teufels“, wettete zum Beispiel Kirchenvater Johannes Cassianus.

In der Aufklärung wurde die Melancholie mit Hysterie und Schwäche des Nervensystems gleichgesetzt. Und in der Romantik rückte man sie in die Nähe der Depression. Im Gegensatz dazu haben wir heute die Vorstellung, dass Melancholie vor allem einen Gemütszustand beschreibt, eine Charaktereigenschaft.

Sie ist keine Erkrankung. Die Depression als Krankheitsbegriff kam erst auf mit dem Zeitalter der Aufklärung. Psychiatrie und Psychotherapie etablierten sich als akademische medizinische Fachrichtungen.

Depression – Lateinisch *deprimere* – bedeutet: herabdrücken, niederdrücken. Ihre typischen Anzeichen sind negative Stimmungen und Gedanken sowie der Verlust von Freude, Interesse und Lustempfinden. Es fehlt der Antrieb. Selbstwertgefühl, Leistungsfähigkeit und Einfühlungsvermögen sind beeinträchtigt. Diese Symptome können auch bei Gesunden zeitweise auftreten. Bei dieser psychischen Erkrankung sind sie jedoch länger vorhanden und stärker ausgeprägt. Die depressiven Störungen lassen sich diagnostisch klar einordnen und behandeln. Bei Erwachsenen ist eine diagnostische Klassifikation relativ gut möglich. Depressive Syndrome bei Kindern sind hingegen schwer zu klassifizieren und in mancher Hinsicht auch nicht ohne weiteres zu diagnostizieren.

An dieser Stelle möchte ich zum besseren Verständnis Folgendes anmerken: Die Diagnose ist nach allgemeinem Verständnis die Feststellung einer bestimmten Krankheit durch den Arzt. Eine Klassifikation ist eine systematische Sammlung von abstrakten Kategorien, die der Abgrenzung und Ordnung der von ihr erfassten Objekte dient, in unserem Fall also von Krankheiten. Es gibt verschiedene Klassifikationssysteme in der Medizin und Psychologie. Gebräuchlich ist die ICD-10, die „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, aktuell in der 10. Überarbeitung. Sie ist die amtliche Diagnoseklassifikation, zu deren Anwendung Ärzte und Therapeuten in Deutschland zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken verpflichtet sind. Für den Bereich der psychischen Erkrankungen gibt es zudem die DSM-5, den „Diagnostischen und Statistischen Leitfaden für psychische Störungen“.

„Es gibt keine Depression im Kindesalter!“, postulierte sinngemäß einmal ein Kollege bei einem Vortrag, und tatsächlich wird man sie in der ICD-10 nicht finden. Depressionen von Kindern werden oft unter der Diagnose der „emotionalen Störung des Kindesalters“ eingeordnet. Die emotionale Störung des Kindesalters ist eine der häufigsten kinderpsychiatrischen Diagnosen.

Die Schwierigkeit besteht durch den Umstand, dass emotionale Störungen bei Kindern sich weniger eindeutig in spezifische Einheiten wie phobische Zustände, depressive Zustände oder Zwangsstörungen einteilen lassen. Eine depressive Störung ist aber eine ernstzunehmende Erkrankung, denn sie kann schwerwiegende Folgen haben. Es kann zu Problemen bei der Bewältigung der Schule kommen, zu selbstverletzendem Verhalten und nicht zuletzt zu Suizidgedanken und sogar Suiziden.

Wie kommt es, dass depressive Störungen bei Kindern so schwer zu erkennen sind?

Dies hat mehrere Gründe: Häufig ist es so, dass Eltern und Lehrer dem Arzt oder Therapeuten eher über die Verhaltensstörungen, Leistungs- und Konzentrationsprobleme der Kinder berichten. Oder auch über körperliche Beschwerden, wie zum Beispiel häufiges Kopf- und Bauchweh. Diese Probleme nehmen die Bezugspersonen unmittelbar wahr.

Die geschilderten Beobachtungen lassen sich durchaus erklären: Kinder neigen dazu, sich unangenehmer Spannungszustände oder Konfliktsituationen durch Externalisierung zu entledigen. Sie reagieren Spannungen an den nahestehenden Personen in ihrer Umgebung ab, und nicht wie ein Erwachsener mit sich selbst, in seinem Inneren. Auch die kindliche Unfähigkeit, Innenbefindlichkeit

wahrzunehmen und zu verbalisieren, führt zu anderen Erscheinungsbildern als bei Erwachsenen, die über ihren Zustand klagen können und sich auf diese Weise Erleichterung verschaffen.

Ähnlich wie bei Erwachsenen ist bei depressiven Kindern die allgemeine Stimmung herabgesetzt; sie sind unzufrieden und gereizt, der mimische Ausdruck ist verändert und sie zeigen Versagensängste ohne nachvollziehbare Gründe. Häufig lassen diese Kinder in ihren Aktivitäten nach, sie äußern Langeweile, die Kontakte werden eingeschränkt und ihre Handlungen sind verlangsamt. Nicht selten verändern sich auch die vegetativen Körperfunktionen wie das Schlaf- und Essverhalten. Sie klagen häufig über körperliche Beschwerden, da die Tendenz, Emotionen und innere Konflikte ins Körperliche zu verlagern, entwicklungsbedingt noch ausgeprägter ist.

Die Erscheinungsform, in der sich depressive Kinder am stärksten von depressiven Erwachsenen unterscheiden, scheint die aggressive Verarbeitung zu sein, die sich häufig gegen die Mütter richtet, die sie für die unerklärlichen Missempfindungen verantwortlich machen.

Die Kinder schwanken zwischen Gefühlen hilfloser Anklammerung und ohnmächtiger Wut.

Was nun? Diagnostik- und Behandlungsoptionen

Bin ich selbst depressiv oder anderweitig psychisch krank? Oder betrifft es mein Kind? Wer kann mir helfen?

Es gibt die Möglichkeit sich zunächst an seinen Haus- oder den Kinderarzt zu wenden. Zudem können Betroffene sich unmittelbar

bei einem niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten vorstellen. Auch die Psychiatrischen Dienste im Gesundheitsamt oder die Psychiatrischen Institutsambulanzen an den Kliniken können weiter helfen. Außerdem gibt es Selbsthilfegruppen.

Betroffene können eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen. Vor allem bei schweren Verläufen sind tagesklinische und vollstationäre Behandlungen jedoch eine in mancher Hinsicht unverzichtbare Option. Daneben gibt es die Möglichkeit eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Diese gibt es für alle krankenversicherten Erwachsenen, wie auch für Kinder und Jugendliche in Deutschland.

Schon vor der Pandemie war die Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Erwachsener unzureichend, besonders auf dem Land. Aber selbst in städtischen Bereichen, wo normalerweise eine hinreichende Anzahl an Ärzten und Therapeuten vorhanden ist, ist nicht ohne weiteres ein Therapieplatz verfügbar. Meist sind Betroffene mit langen Wartezeiten konfrontiert. Diese generelle Mangelsituation hat sich nun noch weiter verschärft.

Für welche Therapie entscheide ich mich?

Therapie gibt es in verschiedensten Arten, wie zum Beispiel in Form einer medikamentösen Therapie. Es gibt Psychotherapie in unterschiedlichen Verfahren wie Verhaltenstherapie, systemischer Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse. Es gibt Lichttherapie und Entspannungsverfahren. Es können – auch ergänzend – Therapien wie Ergotherapie, Physiotherapie und Soziotherapie eingesetzt werden.

Es existiert eine Vielzahl an weiteren Methoden, die nicht von der

Krankenkasse finanziert werden, wie zum Beispiel tiergestützte Therapie, Kunst-, Musik- und Tanztherapie. Das Problem hierbei ist der fehlende wissenschaftliche Beweis zur Wirksamkeit des jeweiligen Verfahrens. Es fehlen – vor allem bei Kindern – aussagekräftige Studien zum Vergleich verschiedener Behandlungsansätze.

Auf die tiergestützte Therapie beziehungsweise pferdegestützte Psychotherapie möchte ich an dieser Stelle näher eingehen, weil sie mir besonders am Herzen liegt.

Tiere in der Therapie – alles Hokuspokus?

Der Begriff der „Biophilie“ des Soziobiologen Edward O. Wilson von 1984 geht davon aus, dass zwischen Menschen und anderen Lebewesen eine evolutionär bedingte Verbundenheit besteht. Untersuchungen zeigen, dass sich der Mensch nicht nur zu anderen Lebewesen hingezogen fühlt, sondern für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung auch die Auseinandersetzung mit ihnen benötigt (3).

Der amerikanische Psychotherapeut Boris Levinson beschrieb 1961 den positiven Effekt seines Therapiehundes auf einen schwer therapierbaren Jungen. Tiere sind zu Empathie – im Sinne von Mitfühlen, Mitleiden – fähig, indem sie auf die Körpersprache beziehungsweise andere sinnliche Informationen eines anderen Lebewesens reagieren. Diese soziale Unterstützung mindert das Leid des Betroffenen und wirkt als Puffer gegen Stress. Zu den Tieren, die die größte Empathie zeigen können – wie Pferde, Hunde und Katzen – geht der Mensch auch die engste Verbindung ein. Die Nähe und Geborgenheit eines Tieres wirken sich heilend auf die Seele eines Menschen aus.

Dr. Mary Stewart von der Tierärztlichen Fakultät der Universität Glasgow vergleicht die Eigenschaften eines Haustieres mit denen, die von einem „guten“ Psychologen gefordert werden. Ein Pferd zeichnet sich durch Aufrichtigkeit, Einfühlsamkeit und Ehrlichkeit aus, es hört dem Menschen vorurteilsfrei zu, ohne dabei selbst zu reden, und ist absolut vertraulich.

Der „tierische Psychologe“ lässt sich unverfänglich streicheln und kann im körperlichen Kontakt Trost spenden. Was in dieser Form mit einem Arzt oder Therapeuten schon allein aufgrund möglicher Missbrauchsvorwürfe schwer möglich sein dürfte.

In Deutschland engagieren sich das „Deutsche Kuratorium für Therapeutisches Reiten“ und der „Berufsverband für Fachkräfte Pferdegestützter Interventionen“ um Qualität in der Ausbildung, wie in der Arbeit der Therapeuten. Der Einsatz von Pferden in der Psychotherapie ist dabei nur ein kleiner Bereich der therapeutischen Einsatzfelder. Hippotherapie ist eventuell einigen Lesern durchaus ein Begriff. Bei dieser Therapieform handelt es sich um ein tiergestütztes physiotherapeutisches Verfahren, das bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems, sowie bei neurologischen Krankheiten eingesetzt werden kann.

Pferde sind eine unglaubliche Ressource im therapeutischen Einsatz, ganz gleich in welcher Sparte. Für diejenigen, die jetzt neugierig werden, sei in diesem Zusammenhang folgender Film ans Herz gelegt: „Stiller Kamerad“. Es ist ein Dokumentarfilm von Leonhard Hollmann, der 2019 in die Kinos kam. Gezeigt wird in sehr sensibler Weise die Begleitung einer Soldatin und zweier Soldaten der Bundeswehr bei ihrer von Pferden gestützten Traumatherapie.

Was ist eigentlich Gesundheit?

Die Definition von Gesundheit, die der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky in Abgrenzung zur der in der Schulmedizin gängigen Erklärung entwickelte, ist eine andere. Dort wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass sich Krankheit und Gesundheit gegenseitig ausschließen. Dieser Begriff von Krankheit orientiert sich an subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren Symptomen und Organ- und Funktionsbeeinträchtigungen, die sich auf körperlicher, geistiger oder psychischer Ebene zeigen und behandelt werden müssen.

Ausgehend von dieser Perspektive wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit betrachtet. Antonovskys Auffassung geht von einer anderen Annahme aus. Für ihn sind Menschen sowohl gesund als auch krank: Er beschreibt Gesundheit als einen Zustand, in dem Menschen wenig krank, und Krankheit als einen Zustand, in dem sie wenig gesund sind. Sein Konzept der Salutogenese – also der Entstehung von Gesundheit – zielt darauf ab, die Menschen dabei zu unterstützen, ihr gesundheitliches Potenzial zu stärken. Es setzt bei der Nutzung der jeweils vorhandenen Ressourcen an. Da deren Ausprägung durch verschiedene Faktoren bestimmt wird, bezieht Antonovsky diese auch in seine Definition von Gesundheit mit ein.

Wie andere Vertreter der Biomedizin geht er davon aus, dass Gesundheit von physischen, psychologischen und sozialen Aspekten abhängt, die sich gegenseitig beeinflussen. Diese Sichtweise impliziert, dass Gesundheit kein Zustand ist, sondern ein immer wieder veränderbarer Prozess.

Die Resilienzforschung wiederum hat einen anderen Aspekt im Fokus, aber auch hier geht es darum, wie Gesundheit entsteht und gefördert werden kann. Resilienz ist das Konzept von der inneren Widerstandskraft. Sie sorgt dafür, dass wir in und nach Krisen wieder aufstehen können. Und es ist die Kraft, die eigenen Selbstheilungskräfte zu aktivieren, sodass wir aktiv gesund sind. Beide Konzepte – Salutogenese und Resilienz – hängen also eng

miteinander zusammen.

Was Antonovsky als allgemeine Widerstandsressourcen beschreibt, wird in der Resilienzforschung als Schutzfaktoren bezeichnet. Die Schutzfaktoren sind jene Merkmale eines Menschen, die ihn widerstandsfähig im Umgang mit Stressoren werden lassen. Sie erhöhen die Möglichkeit Spannungszustände erfolgreich zu bewältigen. Dabei gilt ein hohes Kohärenzgefühl als einer dieser Schutzfaktoren.

Die Vorstellungen der Resilienz und der Salutogenese liegen sehr nah beieinander. Allerdings kann das eine das andere nicht ersetzen. Resilienz befasst sich neben der Anpassungsreaktion auf Spannungszustände auch mit der Regulation von Emotionen und der Oszillation, also dem Hin- und Herbewegen zwischen verschiedenen Spannungszuständen. Es geht dabei nicht nur um die Stressprävention, sondern um die allgemeine Zustandsregulation.

Andersherum umfasst die Salutogenese als bio-psycho-soziale Theorie einen umfassenderen wissenschaftlichen Hintergrund als die Resilienz. Die zuletzt genannte ist in der Forschung weitestgehend auf die psychische Entwicklung des Menschen bezogen. Was beide Ansätze vereint, ist die Annahme, dass Gesundheit kein festgeschriebener Zustand ist, sondern ein Prozess. Es wird in der Lebensspanne eines Menschen immer wieder Phasen geben, in denen Krankheit gegenüber der Gesundheit überwiegt. Doch er hat die Möglichkeit, sich selbst auf der Achse zwischen Krankheit und Gesundheit zu bewegen.

Heutzutage gibt es eine beachtliche Zahl an Therapiekonzepten, Behandlungsmodellen und vielversprechender Forschung, die uns gut zu Diensten sein können. Aber neben den Potenzialen und Möglichkeiten, die sich einerseits ergeben, existieren gleichzeitig Grenzen, weil dennoch nicht alles möglich, nicht alles machbar ist. Ich finde es sehr wichtig, das anzuerkennen.

Als Kinderpsychiaterin und Psychotherapeutin kenne ich Theorie und Praxis. Ich empfinde es als Geschenk, Wirkung(en) von Therapie(n) mitzerleben und zu beobachten, wie Menschen sich verändern können. Im Folgenden möchte ich exemplarisch von meinen Erfahrungen berichten.

Ausflug in die Praxis

M. kommt als 10-jähriges Mädchen das erste Mal zu mir. Sie lebt bei ihrer Großmutter und wurde von ihr aufgezogen. Die Beziehung zu ihrer Mutter ist schwierig. Immer wieder gibt es Unterbrechungen im Kontakt, da die Mutter in einem anderen Land lebt und M. selten besucht. Den leiblichen Vater hat M. nie kennengelernt. Abgesehen davon besucht sie die Regelschule mit durchschnittlichen Leistungen.

Die Vorstellung bei mir erfolgt vor allem auf Wunsch der Großmutter. Diese beklagt in erster Linie die heftigen Wutausbrüche, die das Mädchen seit dem fünften Lebensjahr hat. Weiterhin berichtet sie über nächtliches Einnässen und Konzentrationsprobleme. Seit einigen Monaten habe die Aggressivität des Mädchens und die Verweigerungshaltung bei alltäglichen Anforderungen noch weiter zugenommen. Deswegen habe die Großmutter nun auf der Wiedervorstellung bei einem Therapeuten bestanden, obwohl es bereits zwei erfolglose Therapieversuche gab. M. selbst möchte keine Therapie. Sie erklärt sich dennoch bereit, zu weiteren Terminen zu mir zu kommen.

Heute ist sie 13 Jahre alt und das Therapieende steht bevor, Abschied nehmen voneinander. Nach dem ersten Kontakt vor drei Jahren hatten wir zunächst weitere Stunden geplant, schließlich sogar eine weitere Psychotherapie. Die Behandlung lief gut. Dann kam Corona und der erste Lockdown veränderte das ganze Leben.

Kein Schulbesuch mehr. Keine Treffen mehr mit Freunden, keine Klassenkameraden und Lehrer. Noch schlimmer aber war, dass sie von der Großmutter getrennt wurde. Die Familie hatte nämlich große Angst, dass sich die Großmutter als chronisch Kranke mit dem Virus infizieren könnte.

Der „Umzug“ war auch noch ziemlich überstürzt erfolgt. M. war am Ende überrumpelt von den Ereignissen und tief erschüttert. Wir überbrückten die erste Zeit mit Telefonaten. Dann kam sie wieder in die Praxis. Aber sie saß in den Einzelstunden da, wollte nichts machen. M. sprach jeweils nur ganz kurz das Nötigste mit mir. Immer wieder machte sie klar, dass sie aufhören möchte mit der Therapie. Weil alles am Ende doch sowieso sinnlos sei. Ich schlug ihr – als einen letzten Versuch – Therapiestunden mit Pferden vor. M. willigte ein.

Der Einsatz der Pferde half ihr dann in vieler Hinsicht, vor allem aber durchzuhalten. Es gab sogar eine weitere Wendung: Mit der Familie, vor allem der leiblichen Mutter, entwickelte sich eine gute Zusammenarbeit. Die Mutter war immer häufiger hier vor Ort und begleitete anfangs ihre Tochter zu den Therapiestunden auf den Pferdehof. So lernte ich die Mutter kennen. Später kamen Großmutter und Mutter immer öfter zusammen zu den Familiengesprächen auch in die Praxis. Vor etwa einem Jahr zog die Mutter des Mädchens sogar hierher zurück.

M. lebt jetzt überwiegend bei ihr. Was durchaus nicht problemlos vonstattengeht. Aber sie ist jetzt stabiler und hat sich gut entwickelt. Viele der berichteten Schwierigkeiten aus dem ersten Gespräch bestehen heute nicht mehr oder nur noch in leichter Ausprägung. Das Abschiednehmen ist dran, ich habe ein gutes Gefühl für ihren weiteren Weg.

Eine andere Geschichte: Patient Q. Zum Zeitpunkt unseres ersten Kontaktes ist er 15 Jahre alt, Schüler an einem Gymnasium. Bis zum

Zeitpunkt seiner psychischen Erkrankung war er vollkommen unauffällig. Die Eltern leben getrennt, aber Q. hat guten Kontakt zu seinem Vater. Die Eltern kommen trotz der Trennung recht gut miteinander aus.

Er ist ein sehr zurückhaltender, sensibler Jugendlicher und guter Schüler. Ich erinnere mich noch gut daran, als er zu Heiligabend als Notfall in das Krankenhaus kam, in dem ich zu dieser Zeit tätig war. Dort wurde eine schwerwiegende psychiatrische Störung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert. Es folgte ein sehr langer stationärer Aufenthalt in der Kinderpsychiatrie und Medikamente waren unausweichlich.

Zufällig ergab sich die Situation, dass ich Q. etliche Monate nach seiner Entlassung aus der Klinik ambulant weiterbehandelte. Es ging ihm nur mäßig gut, regelmäßig nahm er seine Medikamente. Er hatte Ängste, war überaus depressiv und kaum belastbar. Die Medikation, die er erhielt, vertrug er gut, die Wirkung war da. Er wagte aber nicht, über seine Erkrankung zu sprechen, nannte sie wohlgemerkt in den Gesprächen nicht beim Namen. Nach seinem Empfinden war sein Leben durch seine Erkrankung zu einem Scherbenhaufen geworden. Er fühlte sich wie herausgerissen.

Es ging schließlich dennoch, wenn auch langsam, bergauf. Etwa ein halbes Jahr nach dem ersten ambulanten Kontakt ging es Q. schlechter. Er zeigte neue Symptome, er litt unter extremer Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Zuständen von heftiger Übelkeit und diffusen Bauchschmerzen. Mir war das Ganze rätselhaft. An seinen Medikamenten konnte es in diesem Fall nicht liegen. Ein Rückfall seiner Psychose war es ebenso wenig.

Ich vermutete einen körperlichen Grund, konnte es aber nicht belegen. Ich überwies ihn also zur Abklärung zum Hausarzt. Der Hausarzt aber unternahm nichts und hakte das Ganze sofort als psychisch bedingt ab. Nun war ich einigermaßen ratlos. Ich fragte

Kollegen, die vorschlugen, ihn am besten wieder in die Klinik zu schicken. Das kam für Q. aber nicht in Frage, er hatte doch gerade erst wieder Anschluss in der Schule gefunden.

Durch einen Zufall ergatterte die Mutter jedoch einen Termin bei einem Internisten, einer Koryphäe im Bereich Gastroenterologie. Sein Ergebnis nach ausführlichen Untersuchungen war eindeutig: Q. litt nun auch noch zusätzlich unter Morbus Crohn. Er hatte einen ersten Schub dieser chronisch entzündlichen Darmerkrankung durchgemacht. Allerdings hatte er nicht die sonst typischen Symptome dieser Krankheit, weswegen sie vermutlich seinem Hausarzt als Verdachtsdiagnose auch nicht in den Sinn gekommen war.

Seine ambulante Psychotherapie und, die psychiatrische Behandlung endeten schließlich nach fünf Jahren. Und wie endete sie? Noch während seiner Therapie „outete“ er sich mit seiner psychischen Erkrankung. Er bekam von seinen Lehrern Unterstützung, wo immer dies möglich war und emotionalen Rückhalt bei vielen seiner Klassenkameraden. Er entwickelte wieder Freundschaften. Und er wurde einer der Besten in der Schule. Q. machte Abitur und er nahm sein Studium auf in seinem Wunschfach, der Psychologie.

In unseren letzten Gesprächen zog Q. eine positive Bilanz. Er nannte einen für ihn wichtigen und sehr bedeutsamen Faktor auf seinem Weg: Die Erfahrung, Unterstützung anderer Menschen erhalten zu haben in einer Phase, wo er sehr hilflos beziehungsweise krank war. Er empfand diesbezüglich große Dankbarkeit. Mich persönlich beeindruckte an ihm, dass es ihm nicht nur besser ging, sondern er es offenkundig geschafft hatte, mit sich und seiner Geschichte ins Reine zu kommen. Er wirkte zuletzt gar nicht mehr schüchtern und zurückhaltend, sondern war sehr präsent und klar in seiner Ausstrahlung.

Ich kenne natürlich auch andere Geschichten und Entwicklungswege als die hier geschilderten. Wo Menschen trotz aller Therapie, trotz aller Unterstützung keine oder wenig Linderung ihres Leidens erleben, obwohl ich in der Regel sehr wohl davon ausging, dass eine Heilung oder mindestens doch eine Besserung ihrer Symptome möglich ist, wenn individuelle, wie und auch familiäre Ressourcen vorhanden waren. Bei anderen Verläufen stimmte meine Prognose zur Gänze, „die Rechnung“ ging auf. Bei einem weiteren Teil der Betroffenen sprach so gut wie alles gegen einen positiven Ausgang, gegen einen Behandlungserfolg. Und es gab ihn dennoch.

Eine Sache scheint also noch überaus wichtig zu sein. Eine entscheidende, sowohl im Leben wie auch bei der Therapie: Mut.

Ich meine dabei nicht den Mut vermeintlicher Helden auf der einen oder der anderen Seite der Front. Ich meine nicht spektakuläre Heldentaten, die Aufsehen erregen. Die Menschen, die ich meine, zeichnen sich durch ihr Vertrauen aus: das Vertrauen, ein Wagnis einzugehen und unsicheres Terrain zu betreten. Denn wer sich auf unbekannte Wege einlässt, kann neue Erfahrungen machen, Veränderung erleben und Heilung erfahren. Was auf der individuellen Ebene positiv wirkt, strahlt auch in andere Bereiche, in die Gesellschaft aus.

Aus meinen eigenen Lehrtherapiestunden weiß ich selbst noch gut, dass Therapie wie eine Art innere Revolution sein kann. Ich schliesse in diesem Sinn mit einem weiteren Zitat:

„Lassen Sie sich von der Welt verändern und Sie können die Welt verändern!“ (Che Guevara).

□
<https://www.buchkomplizen.de/Alle-Buecher/Nur-Mut.html>

□
<https://www.buchkomplizen.de/Alle-Buecher/Nur-Mut.html>

Hier können Sie das Buch bestellen: als **Taschenbuch**

<https://www.buchkomplizen.de/Alle-Buecher/Nur-Mut.html>

oder **E-Book** (<https://www.buchkomplizen.de/Alle-Buecher/Nur-Mut-oxid.html>).

Quellen und Anmerkungen:

(1) Frantz Fanon: *Black Skin, White Masks*, New York 2008, Seite 33

(2) Jacobi et al., 2016

(3) Beetz 2003

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.



Martha Rosenbaum, Jahrgang 1969, ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie, zertifizierte Fachkraft für pferdegestützte Therapie und Interventionen. Nach längerer beruflicher Odyssee arbeitet sie heute in eigener Niederlassung. Sie lebt mit ihrem Mann und ihren Pferden in Mitteldeutschland und ist interessiert an Gott und der Welt.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.