

«BRAUCHE ICH EINE THERAPIE?»

Hilft Sport gegen Depressionen?

Machen Smartphones krank? Bin ich verrückt? Unsere Autorin hat einem Psychiater die Fragen gestellt, die wir aus Scham sonst bloss googeln.

TEXT

NINA KUNZ

ILLUSTRATIONEN

JONI MAJER

René Bridler ist seit zehn Jahren ärztlicher Direktor im **Sanatorium Kilchberg**. Er empfängt mich in seinem Büro, spektakulärer Blick auf den Zürichsee, setzt sich auf sein Ledersofa. Er sagt, er sei ein wenig nervös, weil ja er sonst derjenige sei, der die Fragen stellt. Ich sage ihm, ich sei auch ein wenig nervös.

Das Magazin: Darf ich Ihnen zum Start einige ganz praktische Fragen stellen?

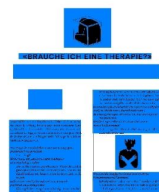
Unbedingt!

Woher weiss ich, ob ich zu einem Psychiater oder Psychologen sollte?

Das ist Ihre eigene Einschätzung. Wenn Ihr Leiden gross genug ist und Sie davon ausgehen, dass es psychisch bedingt ist, dann werden Sie den Schritt wohl wagen.

Soll ich den Arbeitgeber informieren, wenn ich psychisch angeschlagen bin?

(überlegt) Diese Frage kommt häufig. Diese Entscheidung ist hoch subjektiv. Wenn das Verhältnis zum



Arbeitgeber gut ist, kann so ein Gespräch entlastend sein. Wenn das Verhältnis zum Arbeitgeber schwierig ist und er mich zum Beispiel noch nie zuvor gefragt hat, wie es mir geht, würde ich davon abraten.

Inzwischen gibt es Dutzende Therapieformen: Psychoanalyse, Maltherapie, Gesprächstherapie, Bewegungstherapie. Wie weiss ich, was zu mir passt?

Ausprobieren.

Welche Frage stellen Sie Patienten bei einem ersten Treffen immer?

Guten Tag, Sie haben sich bei mir angemeldet. Was kann ich für Sie tun?



Was sind die häufigsten drei Leiden bei Ihren Patientinnen und Patienten?

Schlafprobleme, depressive Beschwerden und Ängste vor dem Versagen. Die Angst, nicht zu genügen, ist viel häufiger als zum Beispiel die, von Aliens verfolgt zu werden.

Welches sind die vier häufigsten Diagnosen am Sanatorium Kilchberg?

Depression, Ängste, Suchterkrankungen und psychotische Störungen.



Es gibt das lateinische Sprichwort «Mens sana in corpore sano» – übersetzt: In einem gesunden Körper lebt ein gesunder Geist. Stimmt das?

Ja. Sport fördert die Gesundheit und wirkt antidepressiv. Wer sich bewegt, nimmt sich als aktiven Part wahr – was wiederum positive Gefühle auslöst. Es gibt unzählige Studien zu den Prozessen, die dabei im Hirn ablaufen – aber für mich als Kliniker reicht, dass ein Zusammenhang zwischen Bewegung und Wohlbefinden besteht.

Können wir psychisch heilen, so wie Knochen wieder zusammenwachsen?

Ja! Und der Vergleich ist passend. Nach einem Bruch ist der Knochen nicht mehr wie zuvor. Es gibt dann ein Narbengewebe, das man auch nach dreissig Jahren noch sieht. Bei der Psyche genauso. Es gibt eine unsichtbare Narbe, die zur Stärke werden kann.

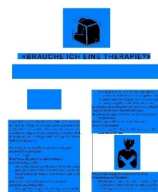
Laut einer Studie des Robert-Koch-Instituts holen sich zwei Drittel der Leute mit depressiven Beschwerden keine Hilfe, weil sich die Betroffenen schämen.

Das deckt sich leider mit meinen Erfahrungen.



Was macht die Menschen heute krank?

Viele Probleme – inklusive meine – haben eine narzisstische Komponente. Das Streben nach Leistung und Ansehen – das so tief in unserer Gesellschaft verankert ist – birgt viele Gefahren für die Psyche, da wir unser Glück von Dingen abhängig machen, die uns wieder entgleiten können. Auch nicht gerade hilfreich sind die sozialen Medien. Da sind wir mit dem Kopf immer bei den andern statt bei uns selbst. Das tolle Leben findet bei den anderen statt; dieser Irrglaube kann deprimieren.



Was brauchen wir, um psychisch gesund zu sein?

Viel davon, was guttut, und wenig vom Gegenteil. Sprich: Empathie, Achtsamkeit, Dankbarkeit. Verzicht auf Hass, Rache und Gier. Hobbys, Sport. Wir brauchen einen ausgewogenen Tagesrhythmus, Zeit zum Nachdenken. Vielleicht Religion. Den Mut, uns im Alltag nicht drängen zu lassen und Konflikte anzugehen. Ab und zu ein Glas Wein.

Was tun Sie, um psychisch gesund zu bleiben?

Mir helfen Meditation und der Gedanke: Das Leben ist hier und jetzt, sonst nirgends.

Haben Sie schon einmal an Ihrem Verstand gezweifelt?

Fraglos ja. Wer nie an seinem Verstand zweifelt, ist mir verdächtig. Das Kennzeichen schwerer psychischer Krisen ist ja gerade das Fehlen von selbstkritischer Distanziertheit, die einen das eigene Fühlen und Denken hinterfragen lässt.

Gibt es Menschen, die besonders anfällig sind für psychische Krankheiten?

Ja. Wenn Menschen als Kinder sexuelle Gewalt erleben oder vernachlässigt werden, ist das ein hoher Risikofaktor. Gefährdet sind auch Leute, die genetisch belastet sind, den Suizid eines Angehörigen erlebt haben oder über lange Zeit psychotrope Substanzen konsumieren. Cannabis ist in Bezug auf Psychose nicht ganz ohne. Aber keiner dieser Faktoren bedeutet zwingend eine Erkrankung.

Schaden die Smartphones und die ständige Reizüberflutung der Psyche?

Da masse ich mir keine Antwort an, denn der Mensch ist unglaublich adaptierfähig und resilient. Man muss sich das einmal vorstellen: Vor hundertfünfzig Jahren gab es noch Personen, die an der sogenannten Geschwindigkeitskrankheit litten, weil sie mit dem Zug – sprich mit Tempo 30 km/h – von Zürich nach Baden fuhren.

Wie würden Sie einem Kind erklären, was die

Psychiatrie ist?

Ein Spital, das sich um Menschen kümmert, die nicht mehr weiterwissen. Manche trinken zu viel Alkohol oder werden total wütend. Andere sehen keinen Sinn mehr im Leben oder glauben, böse Mächte würden sie beherrschen. Für diese Leute haben wir verschiedene Therapien bereit. Einzelgespräche, Medikamente, Sport, Kunst.

Was ist das Ziel eines Klinikaufenthaltes?

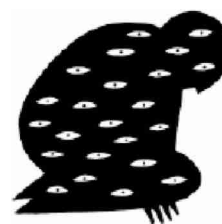
Dass der Mensch Distanz schaffen kann zu seiner Krise und sein Leben im angestammten Umfeld wieder aufnehmen kann. Nicht komplett anders als zuvor, aber auch nicht genau gleich. Das Umfeld führt immer wieder zu Konflikten, weil die Familie, der Chef oder die Behörden andere Vorstellungen haben.

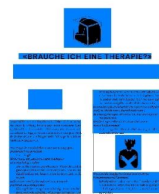
Welches Medikament wird bei Ihnen am Sanatorium Kilchberg am häufigsten verschrieben?

Ich kann kein konkretes Präparat nennen, da die Medikation individuell angepasst wird. Aber von den Gruppen her: Antidepressiva und angstlösende Tranquilizer.

Bin ich Ihrer Meinung nach verrückt, wenn ich an Aliens glaube?

Nein, absolut nicht.





Und wenn ich glaube, dass in mir ein böses Ungeheuer lebt?

Für sich allein genommen, ist das nicht pathologisch.

Wie verrückt muss meine Sicht auf die Welt denn sein, damit ich als verrückt gelte?

Schwierige Frage. Eine generelle Antwort kann ich Ihnen nicht geben. Auf Ihr Beispiel bezogen, würde ich Sie fragen: Wie nehmen Sie dieses Ungeheuer wahr? Kommunizieren Sie mit ihm? Seit wann lebt es in Ihnen? Wenn im Gespräch herauskommt, dass Sie dieses Monster eher metaphorisch meinen, wäre das unproblematisch. Falls aber herauskommt, dass Sie unter diesem Ungeheuer leiden, kommen wir dem Pathologischen schon etwas näher.

Wie definieren Sie einen psychisch «kranken» Menschen?

In der **Klinik** stützen wir uns auf zwei Systeme: die ICD-10 [International Classification of Diseases] der Weltgesundheitsorganisation und das Manual der Amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft. Bei beiden bestehen Diagnosen aus einer Gruppe von Symptomen, die äusserlich beobachtbar oder innerlich erlebbar sind. Zudem müssen sie eine diagnostische Schwelle überschreiten. Doch wo diese liegt, ist gesellschaftlich konstruiert.

Die Vorstellung, dass Wahnsinn bloss ein gesellschaftliches Konstrukt ist, kennt man aus der Anti-Psychiatrie-Bewegung der 1960er-Jahre. Das aber ausgerechnet von Ihnen zu hören, überrascht.

Schauen Sie, Krankheiten haben einerseits einen biomedizinischen Teil, den man erforschen und entdecken kann. Andererseits sind sie auch Erfindungen, da sie zwingend einen Normbegriff brauchen.

Wie meinen Sie das?

Nehmen wir ein Beispiel. Es gibt Dinge, da macht es uns die Norm einfach: Ein Auge, das nicht mehr sieht, ist dysfunktional, ein Herz, das nach einem Infarkt nur noch halb pumpt, ist dysfunktional. Aber im Bereich der Gefühle? Wo ist da die Norm? Die Psychiatrie ist prädisponiert dafür, wandelbare Werte einzuschleusen.



Können Sie denn umgekehrt ein Beispiel geben für eine glasklare Pathologie?

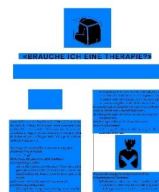
Leider nein. Die Kriterien für die Pathologie – das gemeinsame Auftreten von Symptomen und die Dysfunktionalität – sind keine pure Wissenschaft. Vielleicht leiden Sie an einer Depression, doch von aussen betrachtet funktionieren Sie. Oder Sie hören eine Stimme, die Ihnen sagt: «Steh auf den Bürkliplatz und regle den Verkehr!» Ihnen geht es gut, aber Sie gelten als verrückt, weil man heute nicht einfach auf dem Bürkliplatz steht und den Verkehr regelt.



Was ist das Verrückteste, das Sie in Ihrer Karriere je erlebt haben?

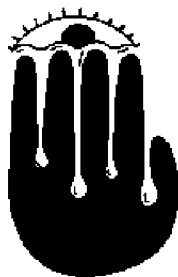
Da kommt mir ein Patient in den Sinn, der überzeugt war, in einer Unterwasserwelt eine wichtige Funktion zu übernehmen.

Werden wir in fünfzig Jahren genauso ungläubig auf



die heutigen Diagnosen zurückschauen wie heute auf den Fakt, dass Homosexualität einmal als Krankheit galt?

Nur wenig von dem, was wir heute glauben, wird in fünfzig Jahren noch Bestand haben. Wenn ich beobachte, wie die Diagnosen kommen und gehen, dann kommt mir das – entschuldigen Sie die Wortwahl – vor wie auf einem Basar. Heute gilt es zum Beispiel als inakzeptabel, wenn Jungs zappelig sind. Wir sprechen von ADHD und geben Ritalin. Vor fünfzig Jahren hätte man einfach gesagt: Ach, die sollen sich richtig austoben.



Das ist ziemlich ernüchternd.

Ich finde diese Debatten absurd. Als das DSM-5 [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] entwickelt wurde, diskutierte die Fachwelt zum Beispiel, wie ausgeprägt Trauer sein muss, damit sie pathologisch ist. Da kamen tatsächlich Experten zusammen und überlegten sich: Wie lange muss die Trauer sein? Welche Symptome muss sie aufweisen? Aber das war anscheinend nötig, da die Trauer in unserer Gesellschaft nicht mehr ritualisiert wird, Betroffene oft allein sind und ihnen ein Zugang geschaffen werden musste zum Gesundheitssystem.

Könnte man das Diagnosen-Dilemma nicht aus der Welt räumen, indem man zum Beispiel sagt: Serotoninwert XY bedeutet depressiv? Die Hirnforschung hat in den letzten Jahren ja gewaltige Fortschritte gemacht.

Ich kann den Wunsch verstehen, Diagnosen messbar zu machen. Aber die Idee, vom Serotonin auf seelisches Leiden zu schliessen, ist absurd. Erstens müsste man für die Messung irgendwie ins Hirn oder ins Rückenmark eindringen – was hoch invasiv ist. Und zweitens konnte die Forschung bisher kaum belegen, ob und wie körperliche Botenstoffe mit psychischem

Leiden zusammenhängen. Um psychische Krisen zu verstehen, braucht es die Sprache und den Austausch.

Aber Psychopharmaka greifen doch auch in die Hirnchemie ein.

Schon, aber die Auswirkung ist seelisch. Als Arzt beobachte ich zum Beispiel, wie Tabletten in Notsituationen beruhigen oder den Schlaf zurückgeben. Ich sehe den Menschen. Es gibt kein Hirnareal, das für «Pathologie» zuständig ist. Wenn ein Patient Stimmen hört, sind die Hirnareale für das Sprechen und das Hören aktiv. Das ist überhaupt nicht pathologisch, nur der Zeitpunkt der Aktivierung ist unüblich.

Glauben Sie, dass es etwas Unsichtbares, etwas Nicht-Fassbares gibt, das unser Sein bestimmt – aber niemals in einem Labor gemessen werden kann?

Ein Hirn kommt selten allein in die Sprechstunde, meist bringt es «seinen» Menschen mit. Daher: ja. Schliesslich finde ich mich mit meinen Patientinnen und Patienten auf der Ebene der Sprache, der Gedanken und des Geistes.

Reden wir noch über die Geschichte der Psychiatrie.

Schaut man sich diese an, kommt einem das Schaudern. Vor 1950 wurden Schizophrenie-Patienten zum Beispiel



noch in Dauernarkose versetzt, und Depressive wurden mit Elektroschocks ohne Narkose behandelt ...

Da nennen Sie noch vergleichsweise harmlose Beispiele! Vieles war therapeutische Hilflosigkeit, anderes soziale Kontrolle im Dienst der Eugenik.

Was ist der wichtigste Wandel, der sich auf dem Weg zur modernen Psychiatrie vollzogen hat?

Etwas vom Wichtigsten ist in meinen Augen die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten. Früher war das Verhältnis superpaternalistisch. Die Ärzte waren der Meinung, sie wüssten allein, was gut ist für die Erkrankten. Heute hören wir zu, streben einen partnerschaftlichen Umgang an, bei dem man die Patienten als Experten für ihre eigene Problematik sieht und im Idealfall zu einem sogenannten *shared decision making* kommt.



Aufgrund dieser Vergangenheit, meine ich, gibt es noch immer eine gewisse Skepsis gegenüber der Psychiatrie.

Welches Vorurteil stört Sie am meisten?

(überlegt lange) Peinlich, dass mir jetzt nicht gleich etwas in den Sinn kommt! Früher hat es ja den Vorwurf gegeben: Einmal drin, immer drin. Heute ist der Aufenthalt bei uns – über sämtliche Stationen hinweg – im Schnitt 24 Tage. Und der Vorwurf ist jetzt eher, dass wir die Leute zu rasch, also noch krank wieder «rausschmeissen». Vor allem von Angehörigen kommt der Ruf, die Klinik soll wieder mehr in Richtung totale Institution, totale Kontrolle gehen. Damit hadere ich.

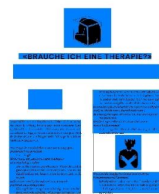
Wenn Sie schon das Stichwort «totale Institution» bringen, müssen wir über Michel Foucault reden. Der Philosoph prägte ja die Idee, dass die Psychiatrie ein Gefängnis sei, das unerwünschte Leute aus der Gesellschaft ausgrenzt. Damit hat er nicht ganz unrecht, oder?

Überhaupt nicht! Die Psychiatrie hat in ihrer Geschichte immer Menschen ausgegrenzt. Das darf man nicht schönreden. Sie war dabei auch nicht bloss ausführende Instanz, sondern hat aus Eigenantrieb gehandelt – etwa bei der Eugenik in den 1930ern.

Man könnte sagen: Auch Sie leiten ein Gefängnis.

Ja, wir übernehmen Funktionen der Polizei, der sozialen Kontrolle. Es gibt Patienten, die gegen ihren Willen bei uns sind. Gleichzeitig haben wir ein therapeutisches Anliegen, das wir sehr ernst nehmen – ein grosses Dilemma.

Wie sieht Zwang in der modernen Psychiatrie aus?



Der moderne Zwang, wenn Sie so wollen, kennt drei Formen. Die fürsorgerische Unterbringung, FU, bei der Sie Ihren Aufenthaltsort wie in der Haft nicht frei wählen können. Dann gibt es das Isolierzimmer. Die dritte Form ist eine Medikation gegen Ihren Willen.

Aus Neugierde: Was müsste ich anstellen, damit mich die Polizei abholt und zwangsmässig in die Klinik einliefert?

Sie könnten akut suizidgefährdet sein, überdosieren, Wahngedanken haben oder keine Nahrung mehr zu sich nehmen. Aber es kommt auch drauf an, wo Sie leben und wo der Notfallarzt die Grenze zieht. Die Praxis ist extrem heterogen. In Basel-Stadt kommen von 100 Menschen 10 per fürsorgerischer Unterbringung in die Klinik, im Kanton Zürich sind es 25.

Verrückt.

Zwang folgt keinem biologischen Gesetz, er ist nicht medizinisch, sondern gesellschaftlich normiert. Die Psychiatrie führt aus, was die Gesellschaft will.

Aber es wird doch irgendwelche Kriterien geben, damit es zur FU kommt.

Im Artikel 426 des Zivilgesetzbuches steht: «Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.» Für eine Freiheitsentziehung ist das sehr vage formuliert!

Warum?

In der Schweiz kann allein aufgrund einer ärztlichen Einschätzung ein Mensch bis zu sechs Wochen in der Klinik behalten werden, ohne Gerichtsbeschluss. Zudem müssen wir Pfleger, Richter, Ärzte, Polizisten und Therapeuten in Personalunion sein und entscheiden, was verhältnismässig ist. Das finde ich unmöglich. Schliesslich ist Zwang eine Reaktion der Gesellschaft auf nicht toleriertes Verhalten. Er dient der sozialen Kontrolle, ist normativ und beruht auf gesellschaftlichen Wertvorstellungen. Historisch gesehen, ist das die hoch gefährliche Seite der Psychiatrie. Schreiben Sie das dick und fett!

Und was erwartet mich als Patientin, wenn ich per FU eingewiesen werde?

Dann liefert sie meist die Sanität, gelegentlich die Polizei in Handschellen hier ab. Einige Patienten sind schläfrig, weil der Notfallarzt bereits ein Medika-

ment verabreicht hat. Manchmal stehen die Patienten aber auch unter Drogen und machen Radau. Bei der FU kennen wir das ganze Spektrum: von filmreif bis völlig undramatisch.

Schon krass, wie die Autonomie eingeschränkt wird.

Der Ethiker Giovanni Maio bezeichnet das als offene Wunde der Psychiatrie. Wir sind in einem Dilemma. Warum müssen Pflegepersonen Patienten überwältigen? Das darf sonst nur die Polizei. In der Psychiatrie gelten eigene Gesetze. Es werden Dinge erwartet, die sonst undenkbar wären. Das ist verrückt.

Wo sind für Sie die Grenzen des Zwangs?

Schwierig. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften sagt: Zwang muss Ultima Ratio sein und darf die Würde eines Menschen nicht tangieren – aber Entschuldigung, das geht ja gar nicht. Ich bin gegen diese Begriffspolitik.

Zum Schluss noch ein ganz anderes Thema: Burn-out.

Was sagt diese Erkrankung über unsere Zeit aus?

Burn-out ist eine Modediagnose, weil sie einen Stigma-freien Zugang zu Hilfe ermöglicht – im Sinne von: «Ich habe viel geleistet, darum bin ich nun ausgebrannt.» Klinisch ist Burn-out keine Kategorie, diagnostiziert wird meist eine schwere Depression.

Sie stellen ausgebrannte Leute so weit wieder her, dass sie wieder funktionieren, und schicken sie zurück in die krank machende Arbeitswelt. Ist das nicht frustrierend?

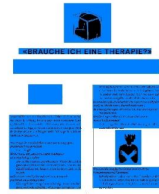
Nein, denn wir haben das Wohl des Einzelnen im Auge. Wir können ja nichts daran ändern, dass der Job in unserer Gesellschaft eine hohe Bedeutung hat. Aber weil das so ist, bemühen wir uns, die gesellschaftliche Teilhabe unserer Patienten so zu stärken, dass sie nicht auch noch ihre Arbeit und ihr soziales Netzwerk verlieren. Der Klinikaufenthalt ist ein reparativer Mechanismus, keine Gesellschaftskritik.

Müsste die Psychiatrie nicht die Arbeitgeber in die Mangel nehmen und sagen: Hey, eure Mitarbeitenden werden krank, wenn sie so viel leisten?

Eigentlich ja. Aber ich bin skeptisch, ob die Psychiatrie der richtige Ort ist, um Gesundheitsförderung zu betreiben. Kliniker sind schlechte Prophylaktiker.

Haben Sie denn gar keine Botschaft an die Gesellschaft?

Natürlich könnte ich etwas sagen wie: Wir sollten den Stellenwert von Leistung hinterfragen – aber so ein Appell wäre zehn Nummern zu gross für mich.



Dann halt ein praktischer Tipp, zehn Nummern kleiner.

Es ist wichtig, dass Menschen bei der Arbeit eine Anlaufstelle haben und mit jemandem reden können, bevor Feuer im Dach ist.

Sie arbeiten seit über zwanzig Jahren als Psychiater. Was haben Sie von Ihren Patienten über das Leben gelernt?

Enorm viel! Ich habe Menschen getroffen, die schwerste Krisen durchgemacht und einen Weg gefunden haben, mit ihren Beschwerden zu leben. Diese Menschen haben mir gezeigt, wie wichtig Bescheidenheit ist – und wie vorsichtig ich sein muss, wenn ich zu wissen meine, was für andere gut ist.

Dr. René Bridler ist ärztlicher Direktor des **Sanatoriums Kilchberg** – eine der ältesten Schweizer Kliniken für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Gegründet 1867, hat die **Klinik** eine bewegte Geschichte: Einige Dadaisten liessen sich hier im Ersten Weltkrieg krankschreiben, um dem Fronteinsatz zu entgehen, und während des NS-Regimes bot die **Klinik** Jüdinnen und Juden ein Exil. DM

NINA KUNZ ist «Magazin»-Kolumnistin;
mailninakunz@gmail.com