

Prolog

Simon schraubte den Füllhalter zu, legte den Stift zur Seite, griff sich an den Kopf, der seit Monaten von grauen Schlingen umwickelt war, von grauer Bleiernheit bedrängt, die ihn in einem Gedankengefängnis hielt, zwang, jeden Gedanken bis dorthin zu Ende zu denken, wo er nichts mehr verstand. Als er den Füllhalter betrachtete, dachte es ihn wieder dorthin, wo nichts mehr war, an dem man sich festhalten konnte, schlossen sich Gedanken kurz bis dahin, wo er keine Antworten mehr wußte. Aus welchem Material war die Feder, wie floß die Tinte auf das Papier, woraus bestand Tinte, wer hatte das Schreiben erfunden, warum schrieben die Menschen, wie waren die Worte entstanden? – und immer so weiter, bis alles dort endete, wo er sich sagen mußte, daß er nichts wußte, nichts verstand, nichts begriff, und dann kam die Angst mit roten Peitschenarmen, die nach ihm schlugen, ihn niedergeißelten mit dem einzigen Gedanken, daß er immer jeden Gedanken bis dorthin zu Ende würde denken müssen, wo es keine Antwort mehr gab, er niemals wieder irgend etwas verstehen würde. Die rote Angst verdrängte die graue Bleiernheit für die Zeit ihrer Herrschaft, aber wenn es vorbei war, legten sich sofort wieder die grauen Schlingen um seinen Kopf, und die Wände um ihn wuchsen wieder hoch. Wenn die graue Macht regierte, glaubte er immer, daß Rot leichter zu ertragen wäre, war aber Rot da, glaubte er zu wissen, daß Grau erträglicher war, und so lebte er zwischen Grau und Rot, nur mehr Grau und Rot in seinem Leben.

Sein Herz hämmerte bis in die Venen. Die Angst umfing ihn, drückte ihn zu Boden, sauste in seinen Ohren, wirbelte wie ein Orkan in seinem Inneren, tobte und wütete, daß der ganze Raum um ihn herum von einem Brausen und Schreien erfüllt war, das auf ihn niederfetzte. In seinem Kopf hämmerte das Blut, als wolle es seinen Schädel zersprengen, als er ins Bad ging, den Schrank oberhalb des Spiegels öffnete und die drei Medikamentenpackungen herausholte. Die Schrift auf der Schachtel verschwamm ihm vor den Augen, wimmerte vor und zurück, ihm wurde schwindlig, er mußte sich am Waschbecken festhalten. Das Brausen in seinen Ohren wurde immer lauter und dröhnender, und die Angst wirbelte jetzt in einem Strudel durch seinen ganzen Körper, erfaßte ihn von den Füßen und drehte sich aufwärts, schwoll in seinem

Bauch zu einem mächtigen Sturm an und bewegte sich weiter aufwärts, bis sie sich in dem Dröhnen im Kopf verding und verweilte, er wußte, daß nichts ankam gegen das graue Gedanken-gefängnis und die rote Angstpeitsche, die ihn vernichten würde, wenn er sich nicht selbst vorher vernichtete. Er packte die drei weißgrünen Schachteln, warf sie auf den Tisch im Wohnzimmer, ging in die Küche, holte die Flasche mit dem scharfen Alkohol und ein Glas. Die Angst begleitete ihn verlässlich. Eine Sehnsucht nach dem Leben, wie es einmal gewesen war, erfaßte ihn, Sehnsucht nach einem einfachen Lachen, einer Nacht voller Ruhe. Er wollte nicht sterben.

Simon schraubte die Flasche auf und goß das halbe Glas voll, drückte die zwölf weißen Tabletten aus dem ersten Streifen, sammelte sie in der hohlen Hand, warf sie sich in den Mund und spülte sie mit der scharfen braunen Flüssigkeit herunter. Drückte den zweiten Tablettenstreifen leer, sammelte, warf ein und spülte, drückte den dritten Streifen leer, sammelte, warf ein, schon fiel es ihm schwer zu schlucken, aber er würde nicht aufgeben. Der vierte Streifen, der fünfte, noch lange nicht genug, der Alkohol widerte ihn an, drohte immer wieder hochzukommen, doch er schluckte. Der sechste Streifen, die erste Packung war leer, er riß die zweite Schachtel auf, der siebente Streifen, das Schlucken wurde immer schwerer, er sah, daß das Glas jetzt leer war, dachte an nichts außer daran, was zu tun war, er hatte eine Aufgabe zu erfüllen, weiter nichts. Der achte Streifen, der neunte, der zehnte – hundertzwanzig Stück. Ihm war schwindlig vom Alkohol, er war benebelt, aber die Angst pochte weiter in ihm. Was würde jetzt kommen, wie würde es sein, das Sterben, wann würde er kommen, der Tod?

Er ging zum Tisch, nahm den Brief an Vera an sich, ging damit ins Schlafzimmer, legte ihn neben das Bett, zog den schwarzen Anzug an, löschte alle Lichter, legte sich hin.

Er lag im Dunklen, starrte ins Nichts, versuchte die panische Angst vor dem Sterben niederzuhalten, sagte sich immer wieder vor, daß es einfach so wie Einschlafen wäre, einschlafen und nie wieder aufwachen, einschlafen und nie wieder aufwachen, einschlafen und nie wieder aufwachen. Er wartete darauf, daß sein Leben wie ein Film an ihm vorbeilaufen würde, so wie er es Hunderte Male gelesen hatte, aber nichts geschah. Die roten Ziffern der elektronischen Uhr neben dem Bett wechselten präzise, und

als er sich von einer Seite auf die andere wälzte, bemerkte er, daß er jetzt nicht mehr aufstehen könnte. Der Gedanke war tröstlich.

Irgendwann begann der Schlaf dann doch in kurzen, oberflächlichen Wellen über ihn zu schwappen, aber immer wieder wachte er auf, spürte sein Blut schmerzhaft durch die Adern fließen, fühlte sich wie von schweren Gewichten in die Kissen gedrückt.

Dann überfiel ihn eine rasende Übelkeit, er spürte, wie sich in seiner Speiseröhre etwas hochdrückte, schmeckte Erbrochenes im Mund und drehte sich mühsam auf den Rücken. Ihm fiel ein, daß es hieß, Medikamentenselbstmörder ersticken oft am eigenen Erbrochenen. Sein Körper bäumte sich auf, versuchte immer wieder, sich von der tödlichen Dosis zu befreien, er kämpfte verzweifelt, um das Gift in sich zu behalten. Als es draußen zu dämmern begann, wartete er noch immer vergeblich auf einen barmherzigen Schlaf.

Irgendwann drang das schrille unablässige Klingeln an seiner Wohnungstüre und ein dumpfes Pochen und Schreien zu ihm durch. Er konnte sich nicht bewegen, wollte auch nicht, blieb liegen im Sausen und Dröhnen, das ihn umfing, und aus weiter Ferne hörte er, wie die Tür aufgebrochen wurde, wie schnelle Schritte sich dem Schlafzimmer näherten, wie jemand sich über ihn beugte, ihn rüttelte und schrie, bis er einen Laut von sich gab. Dann hörte er, wie Jemand telephonierte, wieder zu ihm rannte, ihn unter den Schultern faßte und keuchend ins Bad zerzte. Eiskaltes Wasser rann über seinen Kopf, er konnte kaum atmen, glaubte zu ersticken. Plötzlich war eine Stimme an seinem Ohr: »Was haben Sie genommen?«, und dann: »Wieviel?« Gleich darauf spürte er wieder das eiskalte Wasser über seinem Kopf, fühlte eine Hand in seinem Mund, spürte, wie er sich erbrach, und plötzlich war nichts mehr.

Er erwachte von einem scharfen stechenden Schmerz zwischen Nase und Stirn, eine Stimme sagte, er müsse den Schlauch schlucken, er rang nach Atem, dann war wieder alles ausgeblendet.

Als er das nächste Mal zu sich kam, lag er nackt unter einem dünnen Leintuch und spürte den scharfen Schmerz eines Katheters zwischen den Beinen. Ein Mann stand neben ihm und fragte, ob er aufstehen wolle. Aufstehen, sich aufsetzen, die Beine neben das Bett stellen, zu gehen beginnen, welche Muskeln braucht man zum Gehen, wie spielen sie zusammen, warum geht man aufrecht? Er

faßte sich an den Kopf, meinte die grauen Schlingen gegenständlich zu spüren, wußte, daß es ihm nicht gelungen war, sich und seine Gedanken auszulöschen. Aufstehen oder nicht aufstehen, was macht das für einen Unterschied, er setzte sich auf. Der Mann gab ihm etwas zum Anziehen, faßte ihn fest um die Schultern, ging mit ihm durch hohe häßliche Gänge, bis sie ein großes Badezimmer erreichten.

Seine Freundin warte auf ihn, sagte der Pfleger, als er mit nassem Haar wieder an seinem Arm hing. Der Mann führte ihn in einen anderen Raum, und Simon setzte sich Vera gegenüber auf einen Stuhl, starrte zu Boden. Ein Boden in einem Geschoß eines Hauses, wie hält er, wie muß ein Gebäude konstruiert sein, daß es zusammenhält, wie kann es sein, daß manches von sich aus zusammenfällt? Vera strich ihm das Haar aus dem Gesicht, sie sagte nichts, blickte ihn nur mit wäßrigen Augen an.

Später kam eine Ärztin, ihr Gesicht war bleich, ihr Mund ein schmaler Strich. Er sei auf der Entgiftungsstation und werde gleich in ein psychiatrisches Krankenhaus überstellt. Überlebt habe er nur knapp, es hänge jetzt allein von ihm ab, ob er es schaffen werde, wieder in Ordnung zu kommen, sagte sie, da erfaßte ihn wieder die rote Angst. Wenn es von ihm abhing, dann würde er weiter scheitern, denn er hatte getan, was er tun konnte. Irgendwann saß er dann in einem Rettungswagen, Vera an seiner Seite sagte ihm, daß nun alles gut werden würde. Er glaubte ihr kein Wort.

Die Rettungsmänner legten ihn auf die Liege, schoben ihn in ein Gebäude, öffneten und schlossen Türen, halfen ihm von der Liege aufzustehen. »Psychiatrische Station 4d« stand auf der Glastür, die sich zuletzt hinter ihm geschlossen hatte. Er stand auf grauem Linoleumboden in einem grau gelb gestrichenen Gang, in einer Nische weiter vorne saßen Menschen um einen Tisch herum. Eine Frau kam auf ihn zu, sie hatte eine Mappe und einen Kugelschreiber vor sich liegen und begann seine Personalien aufzunehmen.

Kurz darauf erschien ein großer, schlanker Arzt mit Nickelbrille und schmalem, ernstem Gesicht. Er nahm ihn mit in ein winziges Zimmer, stellte ihm Fragen, schrieb manches auf, sagte nichts dazu und entließ ihn wieder mit diesem schmalen, ernsten Gesichtsausdruck, der seine rote Angst weiterwachsen ließ. Vera sagte, daß es gut für ihn wäre hierzubleiben und daß sie sobald wie möglich wiederkommen würde. Er glaubte ihr wieder kein Wort.

Er stand auf dem grauen Linoleumboden und blickte auf die Glastür, die mit einem leisen Geräusch ins Schloß fiel, Vera war nicht mehr zu sehen, er war allein in diesem graugelben Gang, Kilometer entfernt von den Menschen am Tisch, die Karten spielten und redeten, lachten und ihn mit feindlichen Blicken durchbohrten.

Er war an dem Platz neben der Glastür stehengeblieben, plötzlich hörte er eine Stimme neben sich. »Es wird Ihnen hier gefallen«, sagte jemand, er blickte auf und sah eine junge Frau, die vom Tisch aufgestanden und auf ihn zugegangen war, er sah sie mißtrauisch an und sagte nichts. Seit sie hier sei, ginge es ihr viel besser. Alle seien so nett zu ihr, sagte sie und fuhr sich mit dem Finger in die Nase, so daß sich das schwarze Gestell ihrer Brille ins Schiefe verzog. Sie sah Simon aus braun-grünen Augen an und bohrte weiter in der Nase. Er senkte den Kopf und blieb mit dem Blick an ihren braun und grau gewürfelten Filzpantoffeln hängen. »Ich heiße Henriette, wie heißen Sie?« sagte die Stimme über ihm, er hob rasch den Kopf. »Simon«, murmelte er, und die Frau ging mit langsamen, schlurfenden Schritten, den Blick zu Boden gerichtet, weg.

Er lehnte sich an die Wand und starrte wieder auf die Menschengruppe am Tisch. Die roten Arme der Angst peitschten wieder nach ihm, er behielt die anderen im Blick, begann langsam, sich zurückzuziehen, mit dem Gesicht zu ihnen gewandt zog er einen Fuß nach dem anderen nach hinten, vorsichtig auf dem Weg in das Zimmer, das die Schwester ihm gezeigt hatte. Was, wenn sie alle Teil einer Verschwörung waren, wenn die ganze albraumhafte Welt eine einzige Erfindung war, ein Kosmos des Horrors, dem er ausgeliefert war, ein endloser Nachttraum für ihn, der als einziger nicht wußte, daß alles nur ein Spiel war? Eine blutrote Geißel sprang aus der Ecke auf ihn zu, legte sich ihm um den Hals, daß er meinte zu ersticken. Schnell in das Zimmer, in das Bett, unter die Decke, dort würde er vielleicht Schutz finden, flüchten können in den Schlaf, der den Albwachtraum beendete, nur mit Träumen auf ihn wartete, Träume, die niemals schlimmer sein konnten als die Realität. Er war bei der Zimmertür angelangt, noch zwei Schritte zurück, die Feinde im Auge, jetzt konnte er die Tür schließen, niemand hatte hergesehen, niemand wußte, wo er war. Er drehte sich um, rannte über den glatt polierten Linoleumboden auf sein Bett zu, warf sich hinein, zog die Decke über den Kopf,

kämpfte mit den roten Peitschenarmen, bis er sie niedergerungen hatte, und die grauen Schlingen sich wieder um seinen Kopf legten. Irgendwann kam der Schlaf.

Station

Als er erwachte, tropfte gelbe Flüssigkeit aus einer bauchigen Flasche in einen Schlauch, der in seine Armvene mündete. Sein Kopf war seltsam wattigweich, seine Gedanken rannen zähe und langsam dahin, er verspürte Harndrang. Angst, an die Plastikschnur gefesselt zu sein, erfaßte ihn, in Panik riß er den durchsichtigen Schlauch mit der Nadel aus seinem Arm, wollte zur Toilette rennen, aber etwas lähmte seinen Körper. Als er die Füße auf den graugelben Linoleumboden stellte, sackten seine Beine unter ihm weg, nur mit Mühe und ganz langsam konnte er sich zum Bad schleppen, mußte sich auf die Toilette setzen, doch trotz des Dranges, den er verspürte, kam nichts aus ihm heraus. Seine Angst wuchs meterhoch, er tastete sich zur Tür, über den Gang, hin zum Schwesternzimmer, die Frau vom Vortag saß hinter einem Schreibtisch. Als sie ihn sah, sprang sie auf, lief auf ihn zu, faßte, stützte ihn. Was passiert sei, fragte eine Stimme an seinem Ohr, er hörte sie wie durch Watte hindurch, sein Kopf, lallte er, seine Beine, seine Blase, sein Kopf. Sie rufe einen Arzt, sagte die Stimme der Schwester, die ihn fest unterfaßte, ins Zimmer zurückführte und ins Bett legte.

Wenig später kam ein Arzt mit rotem Gesicht und schwarz gerandeter Brille, er kam im Laufschrift, sah ihn flüchtig an, fühlte seinen Puls. Simon hatte Angst, er würde ihn wieder an den Schlauch, der zur bauchiggelben Flasche führte, hängen, doch der Mann im weißen Mantel winkte ab, schob den hohen Ständer mit der Flasche ruckartig weg, sah ihn noch einmal kurz an. Die Schwester würde ihm etwas geben, sagte er, klimperte mit Schlüsseln in seiner Manteltasche, eilte weg. Ein paar Minuten danach erschien die Schwester, sie brachte ein Glas Wasser und ein kleines Schüsselchen, setzte sich an den Bettrand, reichte ihm die kleine weiße Tablette, gab ihm Wasser zum Nachtrinken, blieb neben ihm sitzen. Man werde ihm helfen, sagte sie bestimmt, er solle Vertrauen haben und versuchen mitzuhelfen, dann werde alles gut. Ihre Stimme war sanft und gleichzeitig sicher. Es sei sinnlos,

Drei Arten, psychische Krankheiten zu betrachten

Zur gleichen Zeit, als ein später berühmter Wiener Psychiater in seiner Praxis mit großer Aufmerksamkeit den Äußerungen seiner Patienten zu lauschen begann, trat über tausend Kilometer entfernt in Dorpat, der einzigen Universitätsstadt Estlands, ein deutscher Psychiater, der später ebenfalls weltbekannt wurde, im dortigen Universitätskrankenhaus seine Stelle als Ordinarius für Psychiatrie an. Man schrieb das Jahr 1886. Der zuhörende Wiener Psychiater war Sigmund Freud (1856–1939), der Begründer der Psychoanalyse. Der andere, im fernen Estland, das damals Teil des zaristischen Rußland war, hieß Emil Kraepelin (1856–1926) und stammte aus Deutschland. Kraepelin ist der Begründer der Einteilung der »großen Psychosen« in die Schizophrenie (damals »Dementia praecox«) und die Manisch-depressive Krankheit (MDK; damals »Manisch-depressives Irresein«). Beide waren dreißig Jahre alt, als sie im Jahre 1886 begannen, systematisch Erfahrungen mit Patienten zu sammeln. Der eine in einem vornehmen Zinshaus im 9. Wiener Gemeindebezirk, der andere in einer psychiatrischen Anstalt in einem ihm fremden Land. Freud versuchte, die »wahre« Bedeutung dessen zu ergründen, was ihm seine Patienten mitteilten, also ihr Innerstes zu verstehen, und stieg immer weiter in die Tiefen ihrer gedanklichen Assoziationen hinab. Kraepelin konnte seine Patienten schon sprachlich nicht verstehen – da er Deutscher war, sie aber estnisch, lettisch oder russisch sprachen – und wählte und verfeinerte deshalb die Methode des Beobachtens. Beide haben auf ihrem Gebiet Epochales geleistet, zumindest in dem Sinn, daß viele Generationen von Fachleuten ihren Gedanken folgten.

So unterschiedlich wie ihre Arbeitssituationen – Privatpraxis hier, psychiatrische Anstalt dort –, so unterschiedlich waren auch ihre Schwerpunkte: Sigmund Freud konzentrierte sich auf das Gebiet der »Neurosen«, und er hat nicht nur über deren psychologische Entstehung nachgedacht, sondern auch zu ihrer Beschreibung und Klassifikation wesentlich beigetragen (so war er es, der die Begriffe »Angstneurose« und »Zwangsneurose« in die Psychiatrie eingeführt hat). Kraepelins Arbeitsfeld waren die »endogenen Psychosen«, die er als vererbte Krankheiten konzipierte und in die beiden genannten großen Gruppen einteilte. Freud versuchte die psychologischen Hintergründe der Beschwerden seiner Patienten zu verstehen;

Kraepelin beobachtete die Symptome, besonders auch den Langzeitverlauf. Freud blickte gleichsam mit dem Mikroskop auf die psychologischen Mechanismen der Neurosen, während Kraepelin aus weiter Distanz und meist im Rückblick mit dem Teleskop den Verlauf der Krankheitserscheinungen der Psychosen beobachtete. Jeder der beiden Zugangswege förderte wichtige Erkenntnisse zutage, die allerdings unterschiedlicher Natur waren.

Im Alter von vierzig Jahren legten beide ihre grundlegenden Erkenntnisse vor: Freud (in den gemeinsam mit Josef Breuer 1895 verfaßten Studien zur Hysterie) seine Ideen über die psychologische Verursachung der Neurosen; Kraepelin das Konzept, daß es sich bei Manien und Depressionen nur um die zwei Seiten einer Medaille, nämlich des »Manisch-depressiven Irreseins« handle, dessen Ursache zwar unbekannt (»endogen«) sei, dessen Verlauf und Prognose aber vorhersagbar wären.

In der 5. Auflage seines Lehrbuches der Psychiatrie (1896) hat Kraepelin diese Definition vorbereitet, in der 6. Auflage 1899 hat er dann den Begriff »Manisch-depressives Irresein« eingeführt, der bis heute unter verschiedenen anderen Bezeichnungen in der Psychiatrie überlebt hat.* Kraepelin sah im Zeitraffer depressive und manische Episoden kommen und gehen; seinen Zeitmaßstab bildeten dabei Jahre und Jahrzehnte. Auch beobachtete er, daß zwischen diesen Episoden die meisten Kranken wieder gesund wurden.

Von diesem »Manisch-depressiven Irresein« trennte Kraepelin eine andere Form einer psychischen Krankheit scharf ab, die sehr früh im Leben auftrat (in der Spätadoleszenz und im jungen

* Die Bezeichnungen für das in diesem Kapitel »Manisch-depressive Krankheit« (abgekürzt: MDK) genannte psychiatrische Störungsbild waren und sind sehr unterschiedlich, es ist aber immer das gleiche gemeint: ein Auftreten von mehreren, jeweils viele Monaten dauernden depressiven und manischen Phasen, die sowohl untereinander als auch mit meist viel länger dauernden Perioden seelischer Gesundheit zwischen den Phasen abwechseln. Neben der heute nicht mehr üblichen Bezeichnung Kraepelins »Manisch-depressives Irresein« (abgekürzt: MDI) finden sich die Begriffe »manisch-depressive Psychose« und »manisch-depressive Erkrankung«. Mit dem Begriff »Psychose« wird auf den nicht so selten vorkommenden Realitätsverlust angespielt (z.B. Größenwahn bei der Manie und Schuldwahn bei der Depression). Aus den USA dringt langsam auch der Begriff »Bipolare Störung« (oder auch »Bipolare affektive Störung«, englisch »*Bipolar disorder*« oder »*Bipolar affective disorder*«) in den deutschen Sprachraum vor. Diese Bezeichnung ist am neutralsten – weil sich kaum jemand unter »bipolar« etwas vorstellen kann (im Gegensatz zu »manisch-depressiv«) und weil auch der Ausdruck Störung neutral ist. Die Bezeichnung »Bipolare Störung« wird – nicht zuletzt im Sinne der Vermeidung der Stigmatisierung – zunehmend bevorzugt. Der manchmal verwendete Begriff »manische Depression« ist als Bezeichnung der Krankheit unlogisch und sollte vermieden werden.

Erwachsenenalter) und bei der die Betroffenen nicht mehr gesund wurden. Diese Krankheit nannte er »Dementia praecox« (wörtlich übersetzt »vorzeitige Verblödung«). Auch sie hat, allerdings stark abgewandelt (ein Drittel der Betroffenen wird wieder völlig gesund!), bis heute überlebt. 1911 wurde sie von Eugen Bleuler in Schizophrenie umbenannt. Beide Krankheiten, die Manisch-depressive Krankheit und die Schizophrenie, sind noch heute Kernstück jedes psychiatrischen Klassifikations- und Diagnoseschemas, obwohl die strenge Zweiteilung Kraepelins schon lange nicht mehr gilt.

Während Sigmund Freud für die Neurosen umfassende und detaillierte Theorien über ihre Entstehungsmechanismen entwickelte und damit einzelne Krankheitsbilder mit spezifischen psychologischen Ursachenkonstellationen in Zusammenhang brachte, blieb Kraepelin im Hinblick auf detaillierte Entstehungsmechanismen seiner beiden großen Psychosen skeptisch, hielt sie aber im großen und ganzen für vererbt, also für biologisch bedingt. Wichtiger als die empirisch zu seiner Zeit nicht klärbare Frage der Verursachung war für ihn der einheitliche Verlauf und damit die Prognose, die man »der Familie des Kranken mitteilen konnte«.

Heute ist die Psychiatrie nicht nur durch diese beiden Denkrichtungen gekennzeichnet – die psychologische und die biologische, von denen die pathologischen Mechanismen vorwiegend in die betroffene Person gelegt werden, in ihre Psyche oder ihr Gehirn –, sondern noch durch eine dritte, die sozialpsychiatrische. Ihr geht es darum, den Einfluß des Lebenskontextes der Menschen auf Entstehung und Verlauf psychischer Krankheiten zu erfassen und durch entsprechendes Eingreifen am Kontext zu helfen. Auch für diese Richtung gibt es einen »Ahnherrn«, der nur zwei Jahre nach Freud und Kraepelin zur Welt kam, und ebenfalls mit rund vierzig Jahren ein epochales Werk schrieb: Der Franzose Emile Durkheim (1858–1917), der als einer der Begründer der modernen Soziologie gilt. Er hat sich aus einer ganz anderen Perspektive, der soziologischen, mit einem Phänomen beschäftigt, das bei der Manisch-depressiven Krankheit nicht selten ist: dem Suizid. In seinem Buch *Le Suicide* (1897) zeigte er, daß zwar jeder Suizid eine individuelle Tragödie ist, daß das Suizidrisiko aber in bestimmten sozialen Umgebungen höher ist (in der Stadt, bei nicht verheirateten Personen, unter Protestanten) als in anderen (auf dem Land,

bei verheirateten Personen, unter Katholiken). Die Umgebungen, die das Suizidrisiko erhöhen, sind nach Durkheim durch eine gewisse »soziale Unordnung«, die er »Anomie« nannte, gekennzeichnet (»nomos« = griechisch: das Gesetz).

Drei Männer, drei Themen. Und alle drei Themen beherrschen auch heute – über hundert Jahre später – noch immer die Diskussionen um die Entstehung und die Behandlung psychischer Krankheiten, sind Gegenstand der vielen Mißverständnisse und des aneinander Vorbeiredens auf diesem Gebiet. Nirgendwo gibt es so viele unterschiedliche Ansichten, die auch emotional unterfüttert und vorgebracht werden und Anschuldigungscharakter annehmen, wie rund um das Thema der psychischen Krankheit. Betroffene solidarisieren sich mit der Psychiatrie oder treten kämpferisch gegen sie auf; Psychotherapeuten beschuldigen Psychiater, sie würden nur Pillen verschreiben; Psychiater werfen Psychotherapeuten vor, sie hätten keine adäquate Ausbildung; Sozialpsychiater halten beiden Gruppen vor, die umfassende Versorgung der Bevölkerung sei ihnen kein Anliegen und sie würden nur für die eigenen Interessen arbeiten.

Der vorliegende Beitrag ist für Nicht-Fachleute geschrieben und beabsichtigt, zumindest *einige* Mißverständnisse um die Manisch-depressive Krankheit auszuräumen. Schon das Wort »Krankheit« ist ja vieldeutig. Es wird im allgemeinen in zwei Weisen verwendet: einmal, um eine biologisch klar definierte und auch biologisch diagnostizierbare Krankheit zu kennzeichnen (z.B. die Zuckerkrankheit); dann aber auch, um pathologische Phänomene zusammenzufassen, für die das soeben genannte Kriterium nicht gilt, für die es aber indirekte Hinweise gibt (etwa im Sinne einer Vererbung oder das Ansprechen auf eine pharmakologische Therapie), daß es sinnvoll und nützlich ist, ein biologisches Krankheitskonzept anzunehmen. Zu dieser zweiten Gruppe gehört die Manisch-depressive Krankheit, insofern sie als Krankheit verstanden wird.

Freilich kann man auch anderer Auffassung sein. Ist es die »professionelle Deformation« der Psychiater, die – weil sie es nicht mehr anders gewohnt sind – Menschen mit Lebensproblemen in das begriffliche Prokrustesbett der psychischen Krankheit einspannen? Ist es die Standespolitik der Ärzte, die natürlich nur bei Krankheiten ein Recht haben, tätig zu werden? Ist es vielleicht die mächtige Pharmaindustrie, die, weil sie äußerst wirksame

Medikamente entwickelt hat, ein Interesse daran haben muß, daß es psychische Krankheiten gibt? Oder gar eine Allianz zwischen allen? Ich meine, daß dies zum Teil stimmen mag, daß es aber plausible Gründe gibt, warum es auch für den Betroffenen gut und nützlich ist, sich das Auftreten von mehrere Monate dauernden depressiven, dann wieder manischen Lebensabschnitten als Krankheit vorzustellen, obwohl wir keine definitive Möglichkeit der naturwissenschaftlichen Objektivierung eines biologischen Krankheitsprozesses besitzen.

In den beiden folgenden Kapiteln wird beschrieben, was in der Psychiatrie als »manisch«, was als »depressiv« angesehen wird. Dabei wird deutlich, daß gerade das Manische seit jeher die Menschen dazu verleitet hat, eine Absonderlichkeit anzunehmen, die aus dem üblichen Erlebniskontext nicht verstehbar ist. Ob Besessenheit oder eine Krankheit angenommen wird, ist zwar im Hinblick auf die Konsequenzen für den Betroffenen ein großer Unterschied, theoretisch steht aber beides für die mangelnde Verstehbarkeit eines offensichtlich grundlosen überschwenglichen Glücksgefühls, einer unfaßbaren Energie mit Getriebenheit und Antriebssteigerung, nicht nachvollziehbaren Größenideen und Aktionen ohne Maß und Ziel. Daß Menschen nach der Erfüllung von Wünschen »reaktiv« glücklich sind und sich freuen, kann auch von Laien gut von einer grundlosen Manie unterschieden werden, und Psychiater finden hier Verständnis, wenn sie von einer Krankheit sprechen. Anders ist es bei der Depression: Es gibt derartig viele eigene und bei anderen beobachtete Erfahrungen des Deprimiertseins, besonders nach Verlustereignissen (typischerweise bei einem Todesfall oder nach einer Trennung), daß es Psychiater viel schwerer haben, für ihr Konzept einer Krankheit »Depression« außerhalb ihres Fachgebietes Anhänger zu finden. Weil die Depression dem Alltagserleben so nahesteht, wird sie bei vielen Menschen nicht erkannt, die dann nie oder viel zu spät eine Behandlung erhalten – und nicht selten aus dieser Situation heraus Suizid begehen.

Im Anschluß an die Beschreibung manischer und depressiver Zustände (oder Syndrome, wie Psychiater sagen) wird das Konzept der Manisch-depressiven Krankheit dargestellt, also die Abfolge von depressiven, manischen und gesunden Phasen im Laufe des Lebens der Betroffenen. Die kranken Phasen dauern in der Regel

mehrere Monate – lange genug, um schweren Schaden anzurichten – , die gesunden aber mehrere Jahre. Im Schnitt erlebt eine an der Manisch-depressiven Krankheit leidende Person in ihrem Leben zahlreiche (bis zu zehn und mehr) Krankheitsphasen. Durch eine adäquate Behandlung (man nennt sie Phasenprophylaxe) wird diese Zahl deutlich reduziert.

Anschließend ein Kapitel über die Folgen der Krankheit für die Betroffenen und ihre Angehörigen – Suizidalität, Alkohol- und Drogenmißbrauch, zerstörte Beziehungen, wirtschaftlicher Ruin, Diskriminierung und Stigmatisierung –, sowie für die Gesellschaft als Ganzes, vor allem in ökonomischer Hinsicht.

Danach eine Darstellung der heute vorherrschenden Theorien über die Ursachen der Manisch-depressiven Krankheit, bevor der Frage, was man gegen die Manie, die Depression und die Manisch-depressive Krankheit tun kann, breiter Raum gewidmet wird. Drei Kapitel sind den heute zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen, den pharmakologisch-biologischen und den psychosozialen, gewidmet. Je ein Kapitel befaßt sich mit dem alltäglichen und dem fachlichen Umgang mit der Manie und der Depression, und eines – das wichtigste – mit der sogenannten Phasenprophylaxe. Essentiell erscheint mir, schon hier darauf hinzuweisen, daß heute achtzig Prozent der an der Manisch-depressiven Krankheit Leidenden bei einer adäquaten pharmakologischen Prophylaxe – unter Einbeziehung von psychologischen Aspekten und einer entsprechenden Gestaltung des Lebenskontextes – Hilfe erhalten können, die so effektiv ist, daß sie ein fast normales Leben führen können. Deshalb schließt noch ein Epilog an, in dem ich auf die Schwierigkeiten, die MDK als Krankheit zu akzeptieren, eingehe und versuche, den Leser zu dieser Akzeptanz zu bewegen.