

Dr. med. Dipl.-Psych.
Dieter Trautmann

Endlich ohne Anti- depressiva

Wie und wann
du sie absetzt

Was du
stattdessen
tun kannst



humboldt

Dr. med. Dipl.-Psych. Dieter Trautmann

Endlich ohne Anti- depressiva

humboldt

INHALT

Vorwort

6

Sinn und Unsinn von Antidepressiva

8

Eine wahre Geschichte	8
Der Begriff „Depression“	11
Kurzer Blick in die Geschichte	12
Trauma als Auslöser depressiver Störungen	16
„Depression“ ist heute keine Diagnose mehr	18
Antidepressiva helfen nicht immer	22
Wer Antidepressiva wirklich braucht	23
Nutzen und Schaden immer abwägen	28
Darum nehmen so viele Menschen Antidepressiva ein	32
Psychotherapie ist (leider) nicht bequem	35
Psychotherapeut, Psychologe, Psychiater	35
Eine geeignete Therapie finden	36
Am Anfang steht die Stabilisierung	37
Die wichtigsten Wirkstoffgruppen	39
Trizyklische Antidepressiva (TZA)	40
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	41
Monoaminoxidasehemmer (MAO)	42
Eine schwierige Entscheidung	44
Antidepressiva haben körperliche Folgen	45
„Ich kann mich nicht entscheiden“	45
Wenn aber die Situation unerträglich ist	47
Die veränderte Lebenssituation akzeptieren	49
Wenn es gar keine Depression ist	52
Wenn sie starke Nebenwirkungen haben	53

Die zweckmäßige Behandlung mit Antidepressiva	54
Sinnvolle Dosierung	56
Dosierung in der stationären Behandlung	58
Letztlich entscheidest du	59
Wann ein Präparat gewechselt werden sollte	60
Wenn Antidepressiva nicht helfen	62
Medikamentöse Alternative	63
Zusammenfassung	65

Das sind die Alternativen 66

Veränderungsmöglichkeiten in fünf Bereichen	66
1. Deine unbefriedigende Lebenssituation verändern	67
Neue Fähigkeiten erlernen	67
So funktioniert die Persönlichkeit des Menschen	68
Wahrnehmung ist subjektiv	69
Fähigkeiten, die helfen, Situationsbedingungen zu ändern	75
2. Deine eingefahrenen Denkmuster verändern	93
So wird dein Ich stärker	95
Ich bin okay, so wie ich bin	97
Den Teufelskreis des Rechtfertigens durchbrechen	101
Das Problem mit dem „Müssen“	111
Verantwortung übernehmen	113
Forderungen von Wünschen unterscheiden	115
3. Deine Gefühle mittels Verhaltensänderungen verändern	116
Wir müssen nicht immer nach unseren Gefühlen handeln	117
Gefühle einfach wahrnehmen	118
Sorgen sind Gedanken – und sonst nichts!	119

Depressives Verhalten zeigen macht langfristig einsam	121
Achtsam im Hier und Jetzt	131
Wechsel in einen nicht depressiven Persönlichkeitsanteil	133
4. Deinem Körper etwas Gutes tun	135
Es muss nicht anstrengend sein	136
Wellness, Massage und was sonst noch guttut	137
Den inneren Schweinehund überwinden	138
Den Tag strukturieren	139
So unterstützt dich deine Ernährung	140
Verrückter Tipp für Menschen, die alleine leben	143
5. Mit anderen Menschen so umgehen, dass sie dir geben, was du wirklich brauchst	144
Sich selbst wichtig nehmen	145
Lernen, seine Bedürfnisse zu spüren	151
Lernen, die Realität zu akzeptieren	153
Sich klar werden, was man vom anderen möchte	155
Strategisch denken und handeln	156
Zusammenfassung	159
Das ist beim Absetzen zu beachten	161
Probleme, die auftreten können	161
Schnelles Absetzen verwirrt unser Gehirn	161
Schlafstörungen und Gedankenkarussell	163
Missemphindungen	165
Abhängigkeit	166
Impulskontrolle	167

Vor- und Nachteile beim Absetzen häufig verordneter

Antidepressiva	168
Agomelatin (Valdoxan)	168
Amitriptylin (Saroten)	169
Bupropion (Elontril)	170
Citalopram (Cipramil)	170
Clomipramin (Anafranil)	171
Doxepin (Aponal)	171
Duloxetin (Cymbalta)	172
Escitalopram (Cipralext)	173
Fluoxetin (Fluctin)	173
Johanniskrautextrakt (Neuroplant, Laif, Jarsin)	174
Mirtazapin (Remergil)	174
Paroxetin (Seroxat)	176
Quetiapin (Seroquel)	176
Sertralin (Sertralin)	176
Trimipramin (Stangyl)	177
Venlafaxin (Trevilor)	177

Literatur	179
------------------------	-----

Lesetipps	179
------------------------	-----

Quellen	180
----------------------	-----

Register	181
-----------------------	-----

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser,

du nimmst – seit Kurzem oder vielleicht auch schon sehr lange – Antidepressiva ein und bist dir nicht sicher, ob das sinnvoll ist oder nicht. Oder man hat dir empfohlen, Antidepressiva einzunehmen, aber du zweifelst, ob du das wirklich tun solltest. Vielleicht hast du auch davon gehört, dass es Alternativen gibt, und möchtest dich darüber informieren, ob diese etwas für dich sind. Dein Hausarzt oder deine Psychiaterin haben aber keine Zeit, ausführlich mit dir darüber zu diskutieren. Oder sie äußern eine klare Meinung, die dich aber nicht unbedingt überzeugt.

Mit diesem Buch kannst du dich selbst kompetent machen, um mit deinem Arzt auf gleicher Ebene als mündiger Patient reden zu können. Ich bin selbst kein genereller Gegner der Antidepressiva und deren Einnahme. Aber ich bin der Ansicht, dass sie zu häufig, in zu hoher Dosis und viel zu lange verordnet werden.

Man muss sich auch klarmachen, dass das, was als wissenschaftliche Erkenntnisse über Antidepressiva veröffentlicht wird, auf Studien basiert, die fast ausschließlich von Pharmaunternehmen gesponsert wurden, die Psychopharmaka produzieren. Dabei werden in der Regel nur jene Ergebnisse veröffentlicht, die in das Konzept der jeweiligen Firma passen. So gibt es keinerlei Langzeitstudien zu möglichen langfristigen Folgen einer jahrelangen Einnahme. Beispiel: Ältere Antidepressiva beeinflussen u. a. einen bestimmten Botenstoff im Gehirn, der mit der Entwicklung einer Demenz in Zusammenhang gebracht wird. Doch ist mir keine wissenschaftliche Studie zu der Frage bekannt, ob Menschen, die mehrere Jahre solche Antidepressiva eingenommen haben, im späteren Leben auch ein größeres Risiko hatten, dement zu werden. Keine Angst, falls du selbst ein solches Präparat länger eingenommen haben solltest. Ich kenne per-

sönlich keinen Patienten, bei dem ich den skizzierten Zusammenhang vermute, aber gesicherte Erkenntnisse dazu gibt es eben keine.

Daher kann es nur Meinungen zu der Frage geben, ob Antidepressiva überhaupt sinnvoll sind. Und wenn ja, in welcher Dosis und Einnahmedauer. Meine Meinung basiert auf einer über 30-jährigen Erfahrung als Psychotherapeut und Psychiater. In diesem Buch versuche ich dir zu erläutern, wie ich meine Patienten zu mündigen Patienten mache, die mitentscheiden können und sollen, ob sie überhaupt ein Antidepressivum nehmen.



Falls sie sich dafür entscheiden, diskutieren wir ausgiebig darüber, welches Präparat jeweils das geeignetste sein könnte – auch bezüglich der Dosierung und der Dauer einer Einnahme. Für so eine Diskussion auf Augenhöhe und die individuelle Entscheidung braucht es vor allem auch Kenntnisse darüber, welche Möglichkeiten gibt, mit einer Depression umzugehen.

Die Alternativen zu Antidepressiva, die ich dir in diesem Buch anbiete, sind – dies gleich einmal vorweg – natürlich zum Teil aufwändig und mühsam. Ich kann es durchaus verstehen, dass man stattdessen gerne eine Pille hätte, die einem hilft, sich gut zu fühlen. Aber: Es gibt fast immer einen guten Grund dafür, dass jemand depressiv ist – und genau den gilt es anzupacken.

Ich möchte dich mit diesem Buch dabei unterstützen, herauszufinden, was in deinem Leben dafür verantwortlich sein könnte, dass du (immer wieder mal) in depressive Phasen gerätst. Denn wenn du für dich diese Frage beantworten kannst, kannst du auch dauerhaft dein Leben positiver gestalten.

Viel Spaß beim Lesen, Erkennen und Entdecken wünscht dir

Dietrich Trautwein

SINN UND UNSINN VON ANTIDEPRESSIVA

Experten schätzen, dass in Deutschland ungefähr vier Millionen Menschen Antidepressiva einnehmen. Um zu verstehen, warum so viele Menschen darauf zurückgreifen, obwohl es in vielen Fällen nicht notwendig und auch nicht sinnvoll ist, werde ich in diesem ersten Teil etwas weiter ausholen und die Geschichte des Depressionsbegriffs darstellen. Weiterhin versuche ich aufzuzeigen, wie eine sinnvolle Behandlung mit Antidepressiva aussehen kann und was zu tun ist, wenn diese nicht helfen.

Eine wahre Geschichte

Der Patient, von dem ich zum Einstieg berichten möchte, hat mir die Erlaubnis gegeben, seine Geschichte in anonymisierter Form darzustellen. Er begann seine Therapie bei mir im Dezember 2016. Er wirkte zu diesem Zeitpunkt völlig erschöpft und ausgelaugt, fühlte sich beruflich als Ingenieur und Abteilungsleiter einer Firma, die Kopiergeräte herstellt, überfordert.

Zuhause hatte er keinen Ausgleich. Mit seiner Frau lief es für ihn schon längere Zeit nicht mehr zufriedenstellend, es kam häufig zu Streitereien. Die drei Kinder waren 19 Jahre (Tochter) und 16 Jahre (männliche Zwillinge) und machten alle Probleme: Die

Tochter stand kurz vor dem Abitur und wusste nicht, was sie anschließend machen wollte. Der eine Sohn hatte „keinen Bock“ auf Schule und zog sich nur in sein Zimmer zurück, um Computerspiele zu spielen. Der andere Sohn war zwar in dieser Hinsicht relativ unproblematisch; aufgrund der vielen Baustellen, die mein Patient hatte, fehlten ihm jedoch die zeitlichen und emotionalen Kapazitäten, um etwas mit ihm zu unternehmen. Hinzu kam noch ein Nachbarschaftsstreit. Und in der wenigen Freizeit, die er noch hatte, verspürte er keinerlei Antrieb mehr, irgendetwas zu unternehmen. Stattdessen griff er relativ häufig zur Bierflasche.

Kontakte zu Freunden oder Bekannten hatte mein Patient so gut wie nicht mehr. Seine sportlichen Aktivitäten, die er früher gerne betrieben hatte, waren komplett eingestellt. Er schleppte sich jeden Tag mühsam zur Arbeit und kam abends völlig erschöpft nach Hause – musste sich dann aber noch um die beschriebenen Probleme in der Familie kümmern.

Die Diagnose: mittelgradige depressive Episode. In dieser Situation habe ich meinen Patienten natürlich darüber aufgeklärt, dass auch eine zusätzliche medikamentöse Behandlung sinnvoll sein könnte, was er aber ablehnte. Er wollte es alleine schaffen – und er hat es geschafft!

Sein erster Schritt im Job war – und das schon, bevor er die Therapie bei mir begann –, dass er sich in eine niedrigere Position vom Abteilungs- zum Teamleiter versetzen ließ, was mit weniger Verantwortung und natürlich auch mit etwas weniger Gehalt verbunden war.

Während dieser Zeit war er zudem für sechs Wochen in einer psychosomatischen Klinik. Dort reifte sein Entschluss, sich von seiner Frau zu trennen, die daraufhin aus dem gemeinsamen Haus aus-

zog. Die Tochter hatte zwischenzeitlich einen Studienplatz in einer entfernten Stadt gefunden, sodass diese ebenfalls auszog. Mein Patient lebte jetzt also mit seinen beiden Söhnen alleine. Da sich seine Depression – und sein Alkoholkonsum – durch diese Veränderungen nicht wesentlich besserten, überlegten wir gemeinsam in mehreren Therapiestunden, welche grundlegenden Veränderungen geschehen müssten, damit es ihm wirklich besser gehen könnte.

Ich unterstütze ihn in seiner Entscheidung, bei der Firma, bei der er etwa 20 Jahre gearbeitet hatte, zu kündigen. Es kam zu einer einvernehmlichen Regelung mit dem Arbeitgeber, dass dieser ihn sofort freistellte und ihm als Abfindung für ein weiteres Jahr das bisherige Gehalt zahlte.

Jetzt hatte mein Patient Zeit, sich um alles zu kümmern: um die Schulprobleme seines Sohnes, die Nachbarschaftsstreitigkeiten und auch um die Vorbereitung der Scheidung. Diese erfolgte mithilfe einer Mediatorin letzten Endes zur Zufriedenheit beider Seiten. Mein Patient begann allmählich aufzublühen. Es folgte ein zweiter Aufenthalt von sechs Wochen in einer psychosomatischen Klinik. Dadurch fand er den Elan, die begonnenen Veränderungen weiter voranzutreiben.

Um die Geschichte nicht zu lang werden zu lassen – dies beschreibt den Zustand meines Patienten nach 48 Therapiestunden ohne Antidepressivum (!): Er hat mittlerweile einen neuen Job gefunden, der ihn sehr zufriedenstellt. Der Nachbarschaftsstreit interessiert ihn nicht mehr, da er das Haus verkaufen wird. Der problematische Sohn befindet sich seit einiger Zeit in Behandlung bei einem Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Der zweite Sohn hat eine Lehre als Handwerker begonnen.

Nach der Scheidung ist alles klar geregelt und mittlerweile hat mein Patient auch eine neue Freundin. Sein Alkoholkonsum ist auf null gesunken. Er hat eine Zweizimmerwohnung in Aussicht und verfügt durch den Verkauf des Hauses über eine angenehme finanzielle Sicherheit. Depression ist für ihn Vergangenheit.

Der zeitweise sehr mühsame Weg aus der Depression heraus hat insgesamt etwa fünf Jahre in Anspruch genommen. Ein Antidepressivum hätte es ihm wahrscheinlich nicht leichter gemacht, diesen Weg zu gehen. Es galt viele Hindernisse zu überwinden. Aber mithilfe der Psychotherapie hat er seine Veränderungsmöglichkeiten erkannt und nie den Mut verloren, einen Schritt nach dem anderen anzugehen.

Der Begriff „Depression“

Jeder Patient hat das Recht, über seine Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten umfassend aufgeklärt zu werden. Dazu gehört im Falle einer Depression die Aufklärung darüber, dass diese keine einheitliche Erkrankung oder überhaupt eine Erkrankung ist, sondern dass es ganz unterschiedliche Arten depressiver Störungen gibt, bei denen der Behandlungsschwerpunkt auch unterschiedlich sein sollte.

Damit meine ich nicht nur die Entscheidung, ob die Behandlung rein medikamentös, psychotherapeutisch oder in einer Kombination verschiedener Therapien stattfinden sollte. Sondern ich meine damit insbesondere Themen, die hauptsächlich in diesem Buch besprochen werden.

Die Kernfrage ist: Geht es hauptsächlich um ...

- eine Veränderung der Lebenssituation,
- eine Veränderung von Einstellungen und Werthaltungen oder
- eine Veränderung von konkreten Verhaltensweisen?

Auch die Frage, wann und wie lange die Einnahme eines Antidepressivums sinnvoll sein kann, ist zentraler Bestandteil im ersten Abschnitt dieses Buches. Um sie so beantworten zu können, dass die Antwort für dich verständlich

Jeder Patient hat das Recht, umfassend aufgeklärt zu werden.

ist, werde ich zuvor noch einige Informationen liefern und Begrifflichkeiten für dich klären.

Kurzer Blick in die Geschichte

Etwa vier Millionen Menschen in Deutschland nehmen Antidepressiva ein, das ist ein Riesengeschäft für die Pharmaindustrie. Sie hat daher großes Interesse daran, dass Depression als Krankheit gesehen wird. Denn wenn man krank ist, nimmt man Medikamente. Aber wann ist Depression überhaupt wirklich eine Krankheit? Um das zu verstehen, muss ich weiter ausholen und erläutern, wie sich das Verständnis von Depression in den letzten ungefähr 100 Jahren verändert hat.

Ich will natürlich nicht bei den alten Griechen anfangen. Sie bezeichneten die Depression übrigens als Melancholie, weil sie glaubten, dass sie etwas mit der schwarzen Galle zu tun habe. Wichtiger für die heutige Betrachtungsweise sind jedoch die Entwicklungen des Depressionsbegriffs der letzten 200 Jahre.

Erste Differenzierungen Mitte des 19. Jahrhunderts äußerte ein damals bekannter Psychiater (dessen Namen ich nicht nennen möchte, denn heute wäre ihm diese Aussage wahrscheinlich peinlich) folgende Ansicht: „Es gibt nur eine psychische Erkrankung, die nennen wir Wahnsinn.“

Es wurde deswegen als Fortschritt erlebt, als der Münchner Psychiater Emil Kraepelin (1856–1926) Anfang des 20. Jahrhunderts die psychischen Erkrankungen in zwei große Gruppen einteilte. Die eine nannte er *Dementia praecox* (*dementia*, lat. = Wahnsinn, Torheit; *praecox*, lat. = früh-, vorzeitig), die zweite Gruppe manisch-depressives Irresein.

Der Schweizer Psychiater Paul Eugen Bleuler (1857–1939) führte für die Erkrankung *Dementia praecox* wenige Jahre nach Kraepelins Vorschlag den Begriff der Schizophrenie ein. Die Erkrankung des manisch-depressiven Irreseins bezeichnet man heute als bipolare affektive Störung, weil davon Betroffene im Wechsel schwere depressive und manische Phasen haben. Der Wechsel zwischen diesen beiden Zuständen kann schleichend oder abrupt erfolgen, Betroffene zeigen zumeist ein individuell typisches Muster. Männer und Frauen (insgesamt etwa zwei Prozent der Bevölkerung) sind davon gleichermaßen betroffen. Die erste Phase der Erkrankung tritt meist im Alter zwischen 20 und 40 Jahren auf.

Von einer Manie spricht man dann, wenn der Patient extrem aufgedreht und überaktiv ist, kaum noch schlafen kann und sich trotzdem topfit fühlt. Er hat ständig neue Ideen, die eigenen Fähigkeiten werden mitunter weit überschätzt und der Patient verzettelt sich in vielerlei Aktivitäten. Im Extremfall kommt es zu Größenwahn.

Menschen mit einer Manie merken nicht, dass sie schwer krank sind, weil sie voller Energie und Tatendrang stecken. Oft geben sie viel mehr Geld aus, als sie haben. Auch im Kontakt zu anderen Menschen sind sie grenzenlos bzw. mitunter übergriffig im Verhalten. In der Regel müssen Betroffene stationär in psychiatrischen Kliniken behandelt werden, da sie unbehindert sich oder anderen zunehmend Schaden zufügen können.

Die endogene Depression Dann hat man erkannt, dass es viele Menschen mit einer immer wiederkehrenden Depression gibt – offiziell rezidivierende depressive Störung genannt –, ohne dass jemals eine Manie vorgekommen wäre. Man glaubte, dass diese Depressionen überwiegend genetisch bedingt, also vererbt seien. Überzeugt davon, dass das Auftreten der jeweiligen depressiven Phasen *ohne* äußere Anlässe erfolgt, sprach man auch von endogenen Depressionen, das heißt: von innen kommenden Depressionen.

Da man dies als körperliche Erkrankung ansah, war es naheliegend, endogene Depressionen mit Medikamenten zu behandeln. Diese standen ab Ende der 1950er-Jahre auch zur Verfügung. Lange Zeit wurden depressive Menschen in psychiatrischen Klini-

Früher hielt man alle Depressionen für eine körperliche Erkrankung.

ken (also dort, wo Menschen mit schweren seelischen Erkrankungen behandelt werden) beispielsweise mit Infusionen, die ein Antidepressivum beinhaltenen,

behandelt. Da Antidepressiva als Infusion aber auch nicht schneller oder besser wirken als Tabletten, ist man davon weitgehend abgekommen.

Die reaktive Depression Als man sich Zeit nehmen konnte, mit den Patienten auch zu reden, merkte man, dass es in den meisten Fällen doch konkrete Auslöser für die Depression gab. Man bezeichnete diese deshalb als eine reaktive Depression oder auch Anpassungsstörung. Speziell sprach man beispielsweise von der Umzugs- oder der Erschöpfungsdepression. Weitere Beispiele für Depressionen als unmittelbare Reaktion auf eine belastende, den Betroffenen überfordernde Situation: der Verlust eines nahestehenden Menschen, Scheidung oder eine tiefe emotionale Verletzung. Erst mit der zehnten Version der Internationalen Klassifikation der psychischen Erkrankungen (abgekürzt ICD-10, siehe Seite 20), konnte man diese Art der Depression diagnostizieren. Und etwa auch ab dieser Zeit haben sich die personellen Bedingungen in den psychiatrischen Kliniken so zum Positiven hin geändert, dass man sich Zeit nehmen kann, mit den Patienten ausführlichere Gespräche zu führen.

Die neurotische Depression Mit der zunehmenden Verbreitung der Psychotherapie etwa ab den 1980er-Jahren und insbesondere der Psychoanalyse, erkannte man darüber hinaus, dass Menschen, die später im Erwachsenenleben an einer Depression erkrankten, ungelöste Konflikte in der (frühen) Kindheit hatten. Man sprach von einer neurotischen Depression.

Neurose ist ein Begriff, der in der Psychoanalyse eine große Rolle spielt. Dieses Psychotherapieverfahren geht davon aus, dass wir sehr stark von unserem Unbewussten gesteuert werden und dass psychische Störungen (immer) durch Störungen der psychischen Entwicklung in der frühen Kindheit entstehen. Diese Störungen bzw. deren Auswirkungen auf unsere Gefühle und unser Verhalten im späteren Leben nennt man Neurosen.

DAS SIND DIE ALTERNATIVEN

Es gibt grundsätzlich Veränderungsmöglichkeiten in fünf Bereichen. Schritte dazu möchte ich dir in diesem Teil ausführlich darstellen. So kannst du für dich individuelle Ansatzpunkte finden, was du tun kannst, wenn du dich dafür entschieden hast, kein Antidepressivum zu nehmen. Vielleicht möchtest du auch das Medikament absetzen, das du jetzt noch nimmst.

Veränderungsmöglichkeiten in fünf Bereichen

Im Prinzip handelt es sich dabei um Techniken, die ich auch in der Psychotherapie anwende. Mit etwas Übung kannst du dir diese Techniken mithilfe dieses Buches aber durchaus auch selbst beibringen. Du kannst

- erstens versuchen, an deiner unbefriedigenden Lebenssituation etwas zu verändern.
- Zweitens kannst du lernen, alte, eingefahrene Denkmuster zu verändern.
- Drittens kannst du lernen, dein Verhalten zu ändern, sodass sich dadurch auch etwas an deinen Gefühlen verändert.
- Dann geht es viertens darum, dass du deinem Körper etwas Gutes tust.

- Schließlich kannst du dir fünftens klar machen, wie du mit anderen Menschen umgehen kannst, damit sie dir das geben, was du wirklich brauchst.

1. Deine unbefriedigende Lebenssituation verändern

Ich bin in den 1980er-Jahren Verhaltenstherapeut geworden, weil die Verhaltenstherapie damals eine Gegenrichtung zur Psychoanalyse war. Die Psychoanalyse ging davon aus, dass die Probleme der Patienten immer in der Kindheit entstanden sind. Die Verhaltenstherapie, kurz VT, hat es dagegen abgelehnt, überhaupt von psychischen Krankheiten zu sprechen. Sie hielt stattdessen die Situationsbedingungen für viel wichtiger bei der Depressionsentstehung. Und dieser Meinung bin ich noch heute. Die meisten meiner Patienten, bei denen eine Depression festgestellt wurde, haben schwierige und belastende Lebensbedingungen – und keine Krankheit. Die Aufgabe in der Therapie ist es, Fähigkeiten beizubringen, die benötigt werden, um an diesen Lebensbedingungen dauerhaft etwas zu verändern.

Neue Fähigkeiten erlernen

So ist damals die Verhaltenstherapie, die die Lerntheorien als Grundlage hat, angetreten: „Lerne neue Fähigkeiten, die dich in die Lage versetzen, deine Situationsbedingungen zu verändern.“ Das sagt sich so einfach – und ist in der Realität oft so schwierig. Ein Gebet, das dem US-amerikanischen Theologen Reinhold Niebuhr (1892–1971) zugeschrieben wird, lautet: „Herr, gib mir die Kraft, die Dinge zu verändern, die ich verändern kann, die Gelassenheit, die Dinge zu akzeptieren, die ich nicht verändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

Wie du die Gelassenheit erreichst, Dinge zu akzeptieren, die du nicht verändern kannst, zeige ich dir ab Seite 93. Jetzt geht es zunächst um die Fähigkeiten, die neu zu erlernen sind, bevor du mit ihrer Hilfe deine Situationsbedingungen dauerhaft verändern kannst. Die einzelnen Schritte dafür sind:

- Schritt 1: Probleme neu definieren und effektiv lösen
- Schritt 2: Realistische Ziele definieren
- Schritt 3: Sich selbst Mut machen
- Schritt 4: Überwinden der Hoffnungslosigkeit

So funktioniert die Persönlichkeit des Menschen

Bevor wir diese Schritte angehen, möchte ich dir noch erklären, wie aus meiner Sicht unsere Persönlichkeit eigentlich funktioniert. Danach wird die Beschäftigung mit der eigentlichen Frage dieses Kapitels: „Wie verändere ich meine unbefriedigende Lebenssituation?“, leichter fallen.

Man kann sich die Persönlichkeit eines Menschen so vorstellen, dass diese aus vielen Einzelpersönlichkeiten besteht. Manche sind eher biologisch bzw. genetisch bedingt und beeinflussen unser grundlegendes Temperament, ob wir also z. B. gerne unter Menschen sind oder lieber alleine. Andere sind durch unsere Erziehung entstanden, je früher dies passiert ist, umso unbewusster und emotionaler sind diese Persönlichkeitsanteile. Andere Anteile sind später hinzugekommen, z. B. durch die verschiedenen Rollen, die wir in Beruf und Familie einnehmen.

Bei vielen Menschen hängt es sehr von der äußeren Situation ab, mit welchem all dieser Persönlichkeitsanteile sie reagieren. Das ist dann hilfreich, wenn schnell gehandelt werden muss. Häufig ist es aber ein Automatismus, der nicht notwendig wäre, wenn wir

gelernt hätten, mit inneren und äußeren Konflikten anders umzugehen. Um das zu erklären, muss ich etwas weiter ausholen.

Wahrnehmung ist subjektiv

Die meisten Menschen gehen davon aus, dass das, was sie wahrnehmen, auch wahr ist. Unsere Wahrnehmung wird aber von vielen Faktoren beeinflusst, hauptsächlich von der Fähigkeit unserer Sinnesorgane. Aber auch Motive, Bedürfnisse oder die aktuellen Gefühle beeinflussen die Wahrnehmung. Ein Beispiel: Wenn ich durch die Stadt gehe und Hunger habe, nehme ich wahrscheinlich eher Bäckereien, Metzgereien und Restaurants wahr, als wenn ich satt bin.

Um ein Gefühl von Sicherheit zu haben, müssen wir unserer Wahrnehmung glauben, sonst wären wir ständig völlig verunsichert. Auf dieser Ebene können wir unser Denken also kaum verändern. Aber es wäre prinzipiell möglich.

Grundsätzlich die Möglichkeit mit einzubeziehen, dass unsere Wahrnehmung auch falsch sein könnte, könnte in manchen Situationen hilfreich sein. Ich sehe das oft in der Paartherapie. Da wird häufig darüber gestritten, dass der andere etwas gesagt haben soll, was dieser heftig bestreitet. Hier wird also über eine richtige oder falsche Wahrnehmung gestritten, was lediglich zur Verunsicherung auf beiden Seiten führt. Denn natürlich ist jeder davon überzeugt, dass seine Wahrnehmung die einzig mögliche und damit die richtige ist.

Wahrnehmungen können aber unterschiedlich interpretiert werden. Wenn auf dem Fußballplatz im Strafraum ein Spieler zu Fall kommt, interpretieren die Fans der einen Mannschaft das ganz klar als

Unsere Wahrnehmung ist keine 1:1-Abbildung der Realität.

Foul, das mit Elfmeter geahndet werden muss. Die Fans der anderen Mannschaft interpretieren, dass das eine Schwalbe und damit ein vorgetäushtes Foul war.

Menschen mit einer gesunden Ich-Stärke sind in der Lage, beide Interpretationsmöglichkeiten gelten zu lassen. Deine Ich-Stärke beschreibt die Dynamik deiner Persönlichkeit: die Fähigkeit, mindestens zwei Persönlichkeitsanteile mit ihren unterschiedlichen und sich eventuell widersprechenden Gefühlen und Bedürfnissen wahrnehmen zu können. Auf dieser Basis können Menschen mit einer guten Ich-Stärke eine bewusste Entscheidung treffen, nach welchem Persönlichkeitsanteil sie in der Situation handeln möchten.

Wie man zu mehr Ich-Stärke kommt, erkläre ich später (siehe Seite 95). Der Schiedsrichter muss allerdings eine Entscheidung treffen, indem er die Situation bewertet. Dies kann er mittlerweile entweder dadurch tun, dass er sich die Videoaufnahmen anschaut und dann entscheidet, wie es wirklich war. Oder er muss, wenn es diese Möglichkeit nicht gibt, aus seiner Wahrnehmung heraus die Situation interpretieren und eine Bewertung vornehmen: entweder Elfmeter oder Gelbe Karte wegen einer vermeintlichen Schwalbe.

Auf der Interpretationsebene sind also Diskussionen möglich hinsichtlich der Frage, welche Interpretation die richtigere ist. Auf der Wahrnehmungsebene kann man nur feststellen, dass der andere die Situation anders wahrnimmt als ich. Auf der Bewertungsebene kann man zwar diskutieren, hier gibt es aber kein Richtig oder Falsch.

Dazu noch ein Beispiel aus der Paartherapie: Wenn die Frau ihren Mann fragt: „Hast du den Müll schon rausgebracht?“, kann der Mann dies einfach als Informationsfrage interpretieren und mit Ja oder Nein beantworten. Er kann die Frage seiner Frau aber auch

als Vorwurf interpretieren: „Ich hätte schon längst den Müll rausbringen sollen“, um darauf womöglich verärgert zu reagieren.

Jetzt also noch mal theoretisch: Unser Denken könnte prinzipiell verändert werden auf der Ebene der Wahrnehmung, der Ebene der Interpretation oder der Ebene der Bewertung. Auf der Ebene der Wahrnehmung ist es schwierig, weil diese so unmittelbar geschieht.

Ein schönes Beispiel sind optische Täuschungen (Abbildung 1). Selbst wenn wir wissen, weil wir es nachmessen können, dass beide Linien gleich lang sind, können wir nicht verhindern, dass wir die eine Linie als länger wahrnehmen. Wo wir leichter etwas ändern können, ist also die Ebene der Interpretationen und Bewertungen.

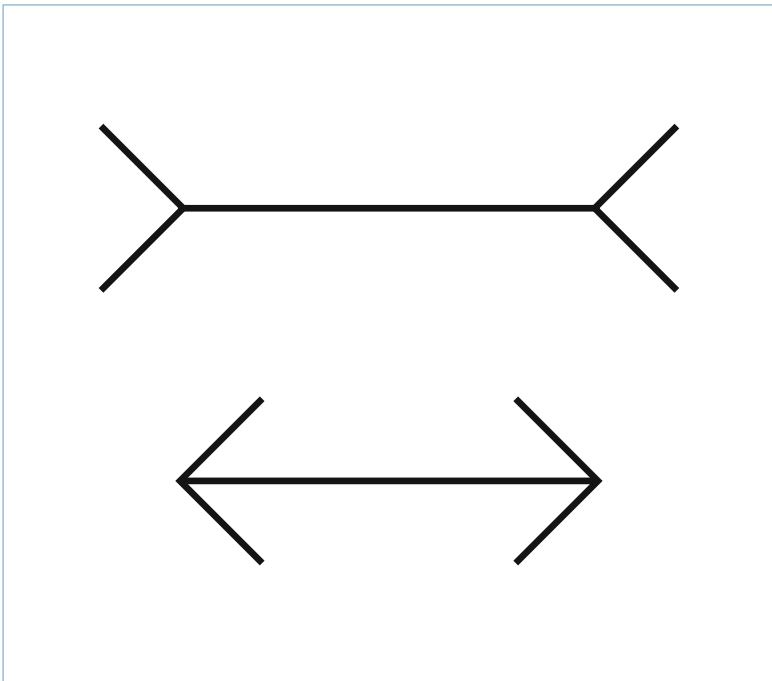


Abbildung 1: optische Täuschung

Auf der Interpretationsebene etwas zu verändern, bedeutet aber zunächst einmal, dass man die Fähigkeit haben muss, einen Konflikt zumindest für eine gewisse Zeit auszuhalten. Damit tun sich viele Menschen schwer, weil sie Friede, Freude, Eierkuchen auch in ihrem Hirn haben möchten. Und Konflikte stören da die Harmonie.

Auf der Interpretationsebene sind Diskussionen möglich, auf der Wahrnehmungsebene nicht.

Wenn man aber mal genauer nachdenkt, haben wir ständig Konflikte.

Wenn ich jetzt an diesem Buch schreibe, will ich das einerseits. Es gibt aber auch Persönlichkeitsanteile in mir, die sich vorstellen könnten, jetzt etwas zu tun, was (noch mehr) Spaß macht, z. B. mit Freunden im Biergarten zu sitzen.

Dies bedeutet, wenn ich diesen Konflikt beseitigen möchte, dann muss ich eine Bewertung vornehmen: Was ist mir im Moment wichtiger: zu schreiben oder im Biergarten zu sitzen? Für Bewertungen gibt es kein Richtig oder Falsch. Sie sind völlig willkürlich und müssen mit der Realität nichts zu tun haben. Sie müssen nur in sich stimmig sein, das Verhältnis der Bewertungen zueinander sollte sinnvoll sein.

Stell dir vor, dass wir eine Bewertungsskala von null bis 100 in unserem Kopf haben. Null steht für gar nicht schlimm und die 100 für das Schlimmste, was du dir vorstellen kannst. Gemessen an dieser Skala wäre es wahrscheinlich nicht vernünftig, wenn ich einen Autounfall, bei dem es lediglich zu Blechschaden gekommen ist, mit 80 Prozent bewerte und einen Autounfall, bei dem ich anschließend querschnittsgelähmt bin, mit 90 Prozent.

Eigentlich haben wir – oder sollten wir haben – ein Schlimmheitsthermometer im Kopf, das aus drei Anzeigemöglichkeiten besteht:

zunächst eine emotionale. Diese zeigt z. B. an, was jetzt gerade passiert, ist wahnsinnig schlimm. Dem sollten wir ein rationales Thermometer gegenüberstellen, auf dem aufgelistet ist, was uns tatsächlich schon Schlimmes im Leben passiert ist oder noch passieren könnte. Da man aber nicht in jeder Situation rational denken kann und sollte, findet man durch eine Verbindung zwischen dem emotionalen und rationalen Schlimmheitsthermometer das realistische.

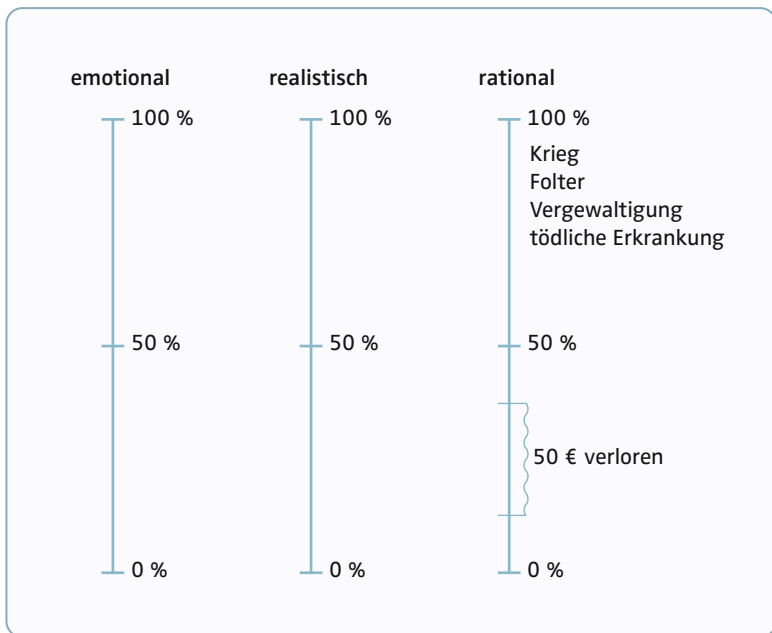


Abbildung 2: Die Schlimmheitsthermometer

Nehmen wir das Beispiel vom Fußball: Wenn deine Mannschaft heute verloren hat, findest du das auf der emotionalen Skala möglicherweise wahnsinnig schlimm, weil sie vielleicht aus der jetzigen Liga abstiegt. Auf der rationalen Skala wäre dieses Ereignis aber ganz weit unten.

Jetzt macht es aber keinen Sinn, alles rational zu sehen, denn dann könnte man sich für so etwas Unwichtiges wie Fußball ja gar nicht mehr begeistern. Wenn du es also nicht als die schlimmste Katastrophe ansehen möchtest, dass dein Club jetzt absteigt, kannst du die emotionale mit der rationalen Skala mithilfe einer kleinen Skizze (Abbildung 2) verbinden und realistisch einschätzen, dass diese Situation für dich jetzt zu 50 Prozent schlimm ist – und eben keine einhundertprozentige Vollkatastrophe.

Erstelle jetzt deine eigene rationale Schlimmheitsskala, indem du für jeden Zehnerschritt eine Situation hinschreibst, die für das betreffende Ausmaß von schlimm typisch wäre. Es müssen sehr individuelle Situationen sein, weil es auf deine konkrete Lebenssituation insgesamt ankommt, also was du persönlich – auch auf der rationalen Skala – als wirklich schlimm bewertest. Auf meiner persönlichen rationalen Schlimmheitsskala steht beispielsweise ganz weit oben, wenn meinem Sohn etwas Schlimmes passieren würde. Wenn du keine Kinder hast, kann solch eine Situation auf deiner Skala natürlich gar nicht vorkommen.

Unabhängig davon gibt es immer auch einige Ereignisse, die wahrscheinlich bei jedem Menschen ganz oben auf der Schlimmheitsskala stehen, deswegen habe ich sie in Abbildung 2 bereits eingetragen: Krieg, Folter, Vergewaltigung oder eine tödliche Erkrankung. Je weiter man auf der Skala nach unten geht, umso individueller wird sie.

Was hast du nun von dieser Übung? In vielen Situationen drängen sich uns Interpretationen und Bewertungen auf, die mit emotionalen Schemata zusammenhängen, die in der Kindheit entstanden sind. Mithilfe der Schlimmheitsskala können wir dem jetzt aber

Interpretationen und Bewertungen können verändert werden.

alternative Interpretationen dagegensetzen und neu bewerten, nach welcher Interpretation wir uns verhalten möchten.

Auf diese Weise kann bereits viel emotionale Belastung genommen werden – alleine über das Wissen, wie unsere Persönlichkeit eigentlich funktioniert.

Fähigkeiten, die helfen, Situationsbedingungen zu ändern

Das eigentliche Thema dieses Kapitels ist die Frage: Wie kann ich meine unbefriedigende Lebenssituation ändern?“ Oder anders ausgedrückt: „Wie verändere ich meine Situationsbedingungen?“

Was Veränderungen entgegensteht, sind oft Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Das bedeutet, wir müssen uns zunächst damit beschäftigen, wie du die Hilflosigkeit beseitigen kannst. Hilflosigkeit entsteht immer durch eine falsche Problemdefinition.

Beispiel: Wenn mir mein Auto auf der Landstraße kaputtgeht und ich definiere als Problem: „Mein Auto ist kaputt!“, dann bin ich hilflos, weil ich keine Ahnung mehr habe, wie man die modernen Autos heutzutage selbst reparieren kann. Ich kann das Problem aber umdefinieren in: „Wo kriege ich jemanden her, der mein Auto abschleppt oder repariert?“ In der Regel habe ich auch ein Handy dabei, um denjenigen anzurufen, die Hilflosigkeit ist damit sofort weg. Das Problem besteht zwar noch (das Auto ist kaputt), aber durch die neue Definition ist das Gefühl der Hilflosigkeit weg, wodurch ich das Problem sinnvoll lösen kann.

Die folgenden Schritte erläutern im Detail, was notwendig ist, um Hilflosigkeit zu beseitigen.

Schritt 1: Probleme neu definieren und effektiv lösen Im genannten Beispiel war die alternative Problemdefinition einfach. Bei den Problemen, die Menschen meist depressiv machen, ist es oft viel komplizierter. Sorry, was jetzt kommt, riecht nach Arbeit, aber Psychotherapie ist – wie bereits erwähnt – keine Zauberei, sondern tatsächlich harte Arbeit. Also, um ein Problem neu zu definieren, kannst du so vorgehen:

- Das Problem wird zunächst in einem möglichst kurzen Satz beschrieben. In dem Beispiel war das: „Das Auto ist kaputt.“
- Dann wird dasjenige Wort, das unklar definiert ist, weiter konkretisiert, um zu überprüfen, ob daraus immer noch Hilflosigkeit resultiert oder nicht. „Kaputt“ ist zu unkonkret. Also formuliere ich um zu: „Ich weiß nicht, warum mein Auto nicht fährt.“ Jetzt wird klarer, dass nicht das Auto das Problem ist, sondern ich. Damit wird ebenfalls deutlich, dass ich jemanden brauche, der mir hilft. Auf diese Weise komme ich zu der oben genannten Umformulierung des Problems. Sollte der neue Satz immer noch emotional hilflos machen, dann sind immer noch ein oder mehrere Wörter zu unkonkret.
- Der Satz muss so lange umformuliert werden, bis sich aus der Problemformulierung praktisch automatisch eine Lösung ergibt, die dich wieder handlungsfähig macht.

Ich mache es noch mal an einem typischen Problem vieler depressiver Menschen deutlich:

„Das Leben hat keinen Sinn.“ Wenn dies das Problem wäre, dann müsste man eine philosophische Diskussion darüber führen, was grundsätzlich der Sinn des Lebens ist. Das ist aber meistens nicht

damit gemeint, wenn ein Mensch diesen Satz äußert. Sondern er meint seine eigene Situation:

„**Mein** Leben macht keinen Sinn.“ Diese Umformulierung macht deutlich, dass es hier nicht um eine philosophische Diskussion grundsätzlich geht, sondern um das konkrete Leben eines konkreten Menschen. Dann stellt sich aber immer noch die Frage, ob sein Leben schon immer keinen Sinn gemacht hat und auch keine Chance mehr besteht, dass es jemals wieder Sinn bekommt. Vielleicht bezieht sich diese Einschätzung aber auch auf die aktuelle Lebenssituation. Dann müsste die nächste Umformulierung beispielsweise lauten:

„**Mein Leben, so wie es derzeit ist**, macht keinen Sinn.“ Dann hat man zumindest einen Anhaltspunkt, dass sich irgendwann, zu einem bestimmten Zeitpunkt, etwas im Leben verändert hat, was jetzt zu dieser Einschätzung führt. Dann ist aber immer noch die Frage, ob es hier wirklich um den „Sinn“ des Lebens geht oder eigentlich etwas ganz anderes gemeint ist, z. B.:

„Mein Leben, so wie es derzeit ist, macht keinen **Spaß**.“ Diese Umformulierung würde zu der Frage führen: „Was kann ich dafür tun, dass mir mein Leben wieder mehr Spaß macht?“ Möglicherweise ist durch die Beschäftigung mit dieser Frage auch die Hilf- und Hoffnungslosigkeit weg. Oder man überlegt weiter, was genau mit „Spaß“ gemeint ist oder – doch eher wieder philosophisch – ob das Leben in allen Phasen „Spaß“ machen muss. So gibt es für jeden von uns immer wieder schwierige Lebensphasen, in denen es nur darum geht, sich zu fragen: „Wie kann ich diese Situation besser überstehen?“ Die Betonung liegt also darauf, was ich selbst dafür tun kann.

Da die Sache mit der Problemdefinition nicht so ganz einfach zu verstehen ist, führe ich noch ein Beispiel an, das ich mit einem 25-jährigen Patienten einmal erarbeitet habe:

Therapeut: Was ist Ihr Problem?

Patient: Die Sucht.

Therapeut: Dann muss die Sucht weg, aber wie. Können Sie konkreter sagen, in welcher Situation die Sucht ein Problem ist?

Patient: Wenn ich abends alleine in meiner dunklen Souterrainwohnung sitze und nichts mit mir anzufangen weiß, kommt der Gedanke, ich könnte doch zur Tankstelle gehen und mir ein paar Bier holen.

Daraus ergeben sich mehrere Lösungsansätze, die zwar nicht alle unmittelbar umsetzbar sind, die aber klarmachen, dass das ursprünglich genannte Problem „Sucht“ eigentlich aus mehreren Einzelproblemen besteht, die zu bearbeiten sind:

- *Der Patient ist abends offenbar zu oft alleine.*
- *Er fühlt sich in seiner Wohnung nicht wohl, da sie sehr dunkel ist.*
- *Er weiß mit sich alleine nichts anzufangen.*
- *Als Lösung fällt ihm nur Alkohol ein.*
- *Er wohnt zu nahe an einer Tankstelle, sodass die Zeit vom Gedanken an das Bier bis zur Umsetzung, Bier zu kaufen, sehr kurz ist.*

Ich möchte dir noch ein anderes Beispiel vorstellen, bei dem die Lösung noch weniger einfach war. Ich beschreibe dir die Situation wieder in einem kurzen Dialog, der in einer konkreten Therapie-situation mit einer Patientin stattfand (Mitte 40, zwei Söhne: 18 und 14 Jahre):

Patientin: Ich bin unzufrieden mit der Partnerschaft.

Therapeut: Möchten Sie zufriedener werden?

Patientin: Nein, ich möchte, dass er sich ändert.

Therapeut: Was genau soll er ändern?

Patientin: Sich!

Diese Aussage kam ganz spontan und überzeugend. Und es ist klar, dass diese Problemdefinition zu Hilflosigkeit führen muss, weil die Patientin selbst nichts dafür tun kann, dass sich ihr Mann grundlegend in seiner Persönlichkeit verändert. Daher muss die Problemdefinition eher lauten: Wie komme ich aus dieser Situation heraus? Oder was kann ich tun, damit bei einer Trennung möglichst alle Beteiligten wenig Schaden nehmen?

Was hier die Hilflosigkeit auslöst, ist also die Suche nach einer guten Lösung für eine Situation, in der es gar keine gute Lösung geben kann. Womit wir beim nächsten Problem wären: Die meisten von uns haben nicht gelernt, in dieser Form Probleme zu lösen. Selbst bei komplexen Problemen erwarten wir, dass wir spontan auf die Lösung kommen.

Die meisten Menschen haben nicht gelernt, schwierige Probleme zu lösen.

Es wäre deswegen eine gute Übung für dich, wenn du mal bei möglichst vielen Problemen in deinem Leben systematisch Problemlösen übst, so wie ich es oben beschrieben habe:

- Problem in einem möglichst kurzen Satz schriftlich formulieren,
- unklare Begriffe so lange konkretisieren, bis sich aus der Problemformulierung quasi von selbst die Lösung ergibt.

DAS IST BEIM ABSETZEN ZU BEACHTEN

Dieses letzte Kapitel ist zum Nachschlagen gedacht. Hier führe ich die meisten der derzeit gebräuchlichen Antidepressiva für dich auf, um genauer zu beschreiben, wann sie in welcher Dosierung sinnvoll sind – und was beim Absetzen beachtet werden sollte. Ich konzentriere mich dabei auf Präparate, mit denen ich selbst viel Erfahrung gesammelt habe.

Probleme, die auftreten können

Es entsteht zwar keine körperliche oder psychische Abhängigkeit von Antidepressiva, trotzdem können manche von ihnen massive Probleme verursachen, wenn ein Absetzversuch unternommen wird.

Schnelles Absetzen verwirrt unser Gehirn

Antidepressiva nimmt man üblicherweise über einen längeren Zeitraum (Monate oder sogar Jahre). Der Gehirnstoffwechsel passt sich entsprechend an die regelmäßige Medikamenteneinnahme an. Wenn du die Dosis reduzierst, muss sich der Gehirnstoffwechsel also wieder neu einregulieren. Das dauert seine Zeit.

Ich empfehle daher immer ein sehr langsames Reduzieren nach folgendem Schema:

1. Nur einmal pro Woche eine etwas geringere Dosis einnehmen.
2. Erst wenn deutlich spürbar ist, dass dies keinen Unterschied macht, einen zweiten Tag mit geringerer Dosis dazu nehmen.
3. Wenn dies wiederum deutlich spürbar keinen Unterschied macht, einen dritten Tag dazu nehmen und so weiter.

Eine zu schnelle Reduktion verwirrt unser Gehirn. Viele Kollegen interpretieren dies dann als einen Rückfall. Tatsächlich muss man bei einer Dosisreduktion aber einfach die Dinge wieder selbst hinkriegen, die zuvor das Medikament bewirkt hat. Das kann beispielsweise bedeuten, dass man plötzlich wieder viel mehr auf der emotionalen Ebene empfindet. Zum Teil dämpfen die Antidepressiva das emotionale System, weswegen wir viele Dinge beispielsweise nicht mehr als „so schlimm“ empfinden.

Grundsätzlich gilt beim Absetzen von Antidepressiva: sehr langsam reduzieren.

Wenn wir dann das Antidepressivum reduzieren, erleben wir die Situation wieder so, wie sie wirklich ist oder wir sie normalerweise

bewerten würden. Viele Patienten schildern auch, dass sie beim Absetzen der Antidepressiva z. B. aggressiver werden und ihre Impulse weniger gut kontrollieren können.

Was heißt das für dich? Vielleicht hast du durch die vorangegangenen Kapitel gelernt, dass Gefühle einfach wahrgenommen werden wollen. Sie bedeuten nicht automatisch, dass man entsprechend dem Gefühl handeln muss, sondern dass du als erwachsener Mensch entscheiden kannst: „Was mache ich jetzt mit diesem Gefühl?“ Genau diese Frage stellt sich jetzt wieder vermehrt, wenn du dein emotionales System nicht mehr mithilfe der Antidepressiva ständig dämpfst.

Schlafstörungen und Gedankenkarussell

Die sedierenden Antidepressiva helfen meist, den Schlaf zu verbessern. Beim Absetzen kann es daher wieder zu Schlafstörungen kommen. Zu dem Thema noch einen etwas ausführlicheren Hinweis: Viele Menschen glauben, dass sie deshalb nicht schlafen können, weil ihnen im Bett so viele belastende Gedanken und Sorgen durch den Kopf gehen. Meiner Meinung nach ist es umgekehrt: Wenn man nicht schlafen kann, geht einem natürlich das im Kopf herum, was einen belastet. Was sollte man denn sonst tun, wenn man im Bett liegt und nicht schlafen kann?

Was dein (Wieder-)Einschlafen behindert, sind nicht die Gedanken, sondern das Bedürfnis, diese weghaben zu wollen. Das führt zu Hilflosigkeit und aktiviert den Körper, weil Hilflosigkeit dasjenige Gefühl ist, das am häufigsten in Stresssituationen vorhanden ist (siehe ab Seite 75).

Was heißt das für dich? Es bedeutet umgekehrt: Wenn du die Sorgen, die du dir im Bett machst, nicht als Stress empfindest und sie nicht weghaben willst, sondern sie einfach nur registrierst und vorbeiziehen lässt, wirst du wahrscheinlich auch ohne Antidepressivum wieder einschlafen können.

Zu dieser meiner Meinung kann es natürlich keine wissenschaftlichen Studien geben, denn wie sollte man unterscheiden können, was sprichwörtlich zuerst da war – die Henne oder das Ei?

Die Auffassung, dass man nicht schlafen kann, weil man sich so viele Gedanken macht, ist leider weit verbreitet. Deswegen gibt es auch relativ viele Menschen, die keinen erholsamen Schlaf haben. Etwa 40 Prozent der Bevölkerung klagt darüber.

Es gibt auch einige Regeln zur Schlafhygiene, mit denen man zusätzlich versuchen kann, den guten Schlaf positiv zu beeinflussen. Hierzu findet man im Internet oder in speziellen Ratgebern zahlreiche Ansatzpunkte, weswegen ich hier nicht weiter darauf eingehen möchte. Auch möchte ich bei dir nicht den Eindruck erwecken, als könne man seinen Schlaf kontrollieren. Im Vordergrund steht vielmehr ein Thema, das sich durch dieses gesamte Buch hindurchzieht: Wie kann ich lernen, mit Hilflosigkeit anders umzugehen?

Das Gefühl von Hilflosigkeit ruft immer wieder den Impuls hervor, irgendetwas dagegen tun zu wollen. Und „irgendwas tun zu wollen“, bewirkt eine unspezifische Aktivierung deines Körpers – und das sollten wir eben gerade nicht bewirken, wenn wir schlafen wollen.

Was machst du stattdessen mit deinen Sorgen? Gedanken abschalten geht nicht! Also sei darauf gefasst, dass sie genau dann kommen, wenn du zur Ruhe kommen möchtest. Die meisten Probleme lassen sich aber nicht vom Bett aus lösen. Also versuche nicht, zur Ruhe zu kommen, indem du nach Lösungen für die Sorgen suchst, die du dir nachts machst. Registriere lediglich, dass Worrygedanken (siehe ab Seite 119) da sind – was zu erwarten war –, und setze dich nicht mit dem Inhalt dieser Gedanken auseinander.

Man kann relativ wenig dafür tun, dass man schläft – aber man kann eine ganze Menge dafür tun, dass man *nicht* schläft, z. B. Gedanken abschalten zu wollen.

Es sind einfach nur Gedanken, die so lange da sind, bis du einschläfst. Vielleicht versuchst du dir vorzustellen, dass da einfach ein langweiliger Film im Fernsehen abläuft, denn den Inhalt der Gedanken kennst du doch schon lange. Und irgendwann schläfst du dabei ein.

Besonders wichtig ist, nicht zu denken: „Ich muss doch schlafen, weil ich morgen wieder fit sein muss“, denn auch hier geht es darum, aus einem Müssen einen Konflikt zwischen dem Persönlichkeitsanteil, der das will (aus gutem Grund), und einem anderen Anteil, der das nicht will (in dem Sinn, dass ich den Schlaf nicht willkürlich erzwingen kann), zu machen. Demnach solltest du statt: „Ich muss jetzt schlafen!“ beispielsweise lieber sagen: „Ich will nicht schlafen!“ – denn dafür kannst dich in dem Moment bewusst entscheiden.

Du hast die Macht,
nicht deine Gedanken!

Manche Menschen versuchen, negative Gedanken – vor allem beim Zubettgehen – wegzubekommen, indem sie sich zwingen, an etwas Positives zu denken. Das funktioniert nicht! Natürlich denken wir, wann immer es möglich ist, über die Probleme nach, die wir haben. Wir glauben, dass wir dann zur Ruhe kämen, hätten wir nur eine Lösung für unsere Probleme. Das ist eine schöne Illusion – denn dann wird halt etwas anderes zum Problem, so ist die Realität!

Missemphindungen

Mehrere Wirkstoffe der Antidepressiva – besonders Duloxetin, Paroxetin und Venlafaxin – führen bei manchen Menschen zu sehr unangenehmen körperlichen Absetzphänomenen, für die es keine gute medizinische Erklärung gibt. Leider kann man im Vorherein nicht einschätzen, wer davon betroffen sein wird. Solche Absetzphänomene können individuell sehr unterschiedlich ausfallen.

Häufig sind es diffuse körperliche Missemphindungen, die überall am ganzen Körper auftreten: Es kribbelt oder manche Bereiche der Haut fühlen sich taub an. Oder auch wärmer oder kälter als andere Hautstellen. Manche Patienten klagen über Schwindel.

REGISTER

- A**bhängigkeit 166
- Absetzen 161
- Acetylcholin 40
- Achtsamkeit 131
- Adrenalin 40
- Agomelatin (Valdoxan) 168
- Akzeptanz 95, 116
- Akzeptanz- und Commitment-
therapie (ACT) 120
- Amitriptylin (Saroten) 61, 169
- Angststörung 52, 122
- Arbeitgeber 129, 130
- Aufwand reduzieren 89

- B**edürfnisse, des Körpers 151
- Bedürfnisse, der Sinnesorgane
151
- Bewertung 70, 74
- bipolare Störung 13
- Bodyscan 152
- Bupropion (Elontril) 170

- C**italopram (Cipramil) 170
- Clomipramin (Anafranil) 171

- d**azugehören 146, 148
- Defusionstechnik 120
- Dementia praecox 13
- Denkmuster 94

- Depression, endogene 14
- Depression, reaktive 15
- Depression, neurotische 15
- depressive Störung 21, 30
- Diagnose 18
- Dissoziation 102, 106
- Dopamin 40
- Dosierung, sinnvolle 181
- Doxepin (Aponal) 171
- Duloxetine (Cymbalta) 171

- E**indosieren 57
- EMDR 34
- Enttäuschung 153
- Ernährung 140
- Escitalopram (Cipralext) 173

- F**amilientherapie, systemische
126
- Fluchtimpuls 110
- Fluoxetin (Fluctin) 173
- Forderungen 115
- Fürsorge, körperliche 135

- G**esundheit 23

- H**alluzinationen 25
- Heilpraktiker 35
- Hilflosigkeit 16, 75

- Histamin 40
 Hoffnungslosigkeit 88
- I**ch, erwachsenes 152
 Ich-Stärke 95
 Impulskontrolle 167
 Interpretation 70, 74
- J**ohanniskraut 64, 174
- K**ämpfen 17, 101
 Kopfbedürfnisse 151
 Kribbeln 33
- M**anie 13
 manisch-depressives Irresein
 13
 Mirtazapin
 (Remergil, Remeron) 174
 Missempfindungen 165
 Monoaminoxidasehemmer
 (MAO) 42
 Müssen 111
 Mut machen 68, 84
- n**arzisstisch 146
 Neurose 15
 Noradrenalin 40, 42, 177
- P**aartherapie 124
 Paretoprinzip 90
 Paroxetin (Seroxat) 176
- Partner 85, 123, 156
 Persönlichkeitsanteile 68, 131
 Placeboeffekt 26, 55
 Problemdefinition 75
 Prozess- und Embodiment-
 fokussierte Psychotherapie
 (PEP) 107
 Psychoanalyse 15, 67
 Psychose 25
 Psychotherapeut 35
- Q**uetiapin (Seroquel) 176
- R**ational-Emotive Verhaltens-
 therapie (REVT) 52
 Realität 68, 153
 rechtfertigen 97, 102
 recht machen 98, 145
 REM-Schlaf 34
 rezidivierende depressive
 Störung 14
 richtig machen 98
 Rollen 68, 117
- S**chizophrenie 13
 Schlafstörung 20, 61, 134, 163
 Schlimmheitsskala 74
 Schweinehund, innerer 138
 Selektive Serotonin-Wieder-
 aufnahmehemmer (SSRI) 41
 Serotonin 40
 Sertralin (Sertralin) 176

- Situationsbedingung 47, 68, 75
Sorgen 119, 164
Sport 135
SSRI 41
Stabilisierung 37
strategisch denken und handeln
156
Syndrom 9
- T**äuschung 153
Therapieresistenz 26
Totstellen 17, 101
Transmitter 40
Trauma 16, 30
Traumagefühl 6, 101, 156
Trigger 17
- Trimipramin (Stangyl) 177
Trizyklische Antidepressiva
(TZA) 40
- V**enlafaxin (Trevilor) 177
Verantwortung übernehmen
113
Verhaltenstherapie (VT) 67
Vier-Ohren-Modell 103
- W**ahnvorstellungen 25
Wahrnehmung 69
wichtig sein 146
Wünsche 115
- Z**wangsstörung 5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8426-4238-6 (Print)

ISBN 978-3-8426-4239-3 (PDF)

ISBN 978-3-8426-4240-9 (EPUB)

Originalausgabe

© 2022 humboldt

Die Ratgebermarke der Schlütersche Fachmedien GmbH

Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

www.humboldt.de

www.schluetersche.de

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in diesem Buch die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Angehörige des männlichen und weiblichen Geschlechts sowie auf Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen.

Autor und Verlag haben dieses Buch sorgfältig erstellt und geprüft. Für eventuelle Fehler kann dennoch keine Gewähr übernommen werden. Weder Autor noch Verlag können für eventuelle Nachteile oder Schäden, die aus in diesem Buch vorgestellten Erfahrungen, Meinungen, Studien, Therapien, Methoden und praktischen Hinweisen resultieren, eine Haftung übernehmen. Insgesamt bieten alle vorgestellten Inhalte und Anregungen keinen Ersatz für eine medizinische und/oder individuelle psychotherapeutische Beratung, Betreuung und Behandlung.

Etwaige geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass es sich um freie Warennamen handelt.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

Lektorat: Pepe Peschel, pepe die redaktion für gesundheit & medizin, München

Covergestaltung: ZERO, München

Covermotiv: Shutterstock/Alliance Images

Satz: PER MEDIEN & MARKETING GmbH, Braunschweig

Druck und Bindung: gutenberg beuys feindruckerei GmbH, Langenhagen

Gut leben ohne Glückspille

Ist die Einnahme von Antidepressiva wirklich immer sinnvoll? Welche Nebenwirkungen können die Medikamente haben? Welche Alternativen gibt es und was musst du bedenken, wenn du Antidepressiva absetzen möchtest? In seinem Ratgeber gibt dir der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Diplom-Psychologe Dr. Dieter Trautmann alle wichtigen Informationen an die Hand, um als mündiger Patient ins Arztgespräch gehen und mitentscheiden zu können. Er erklärt, wie eine sinnvolle Behandlung mit Antidepressiva aussehen kann, und zeigt Ansätze für alle, die sich entscheiden, keine Antidepressiva (mehr) zu nehmen.



Antidepressiva überlegt absetzen – Alternativen nutzen

DR. DIETER TRAUTMANN ist Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Diplom-Psychologe. Nach langjähriger stationärer Tätigkeit betreibt Dr. Trautmann seit 2006 eine Praxis für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Landsberg. Er vertritt die Ansicht, dass Antidepressiva in vielen Fällen niedriger als üblich und empfohlen dosiert werden könnten, um Nebenwirkungen zu vermeiden. Er verschreibt die Medikamente nur, wenn seine Patientinnen und Patienten nach ausführlicher Aufklärung damit einverstanden sind.

www.humboldt.de

ISBN 978-3-8426-4238-6



9 783842 642386 19,99 EUR (D)