



Thomas Bock

Gedanken eines Arztes zu den Spannungsfeldern bei bipolaren Störungen

Bipolare Patienten, ihre Angehörigen und Therapeuten

Thomas Bock

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

psychoneuro 2004; 30 (10): 559–562

Vor 15 Jahren startete in Hamburg das erste „Psychoseseminar“, ein Dialog-Forum zur Begegnung von Experten aus eigener Erfahrung und solchen durch Ausbildung und Beruf. Inzwischen gibt es im deutschsprachigen Raum weit über 100 solcher Foren – eine breite und lebendige Antistigma-Kampagne von unten. Vor zehn Jahren erreichte die Entwicklung bereits internationales Niveau: Der erste sozialpsychiatrische Weltkongress auf deutschem Boden „Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen“ wurde 1994 in Hamburg gleichberechtigt von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Profis gestaltet.

Der fachlich/wissenschaftliche Diskurs kann so nur gewinnen: Einbeziehung subjektiver Perspektiven, frühzeitiges Ringen um Akzeptanz, Korrektur von ideologischen Sackgassen, Relativierung von allzu reduktionistischen Konzepten, kürzere Wege von der Grundlagenforschung zur Anwendung. Auch umgekehrt profitieren Erfahrene und Angehörigen von der Teilhabe am wissenschaftlichen Diskurs. Günstigenfalls kann uns gemeinsam Folgendes gelingen: Besinnung auf das Wesentliche für ein besseres Verständnis bipolarer Störungen und dabei auch das dem Wesen des

Bipolare Patienten schwanken insbesondere hinsichtlich Stimmungen und Energie zwischen Höhen und Tiefen. Dies geht auch an den Angehörigen und insbesondere den Lebenspartnern nicht spurlos vorbei. Zwischen Nähe und Distanz werden Angehörige hin- und hergerissen. Der Therapeut darf bei der Behandlung nicht unipolar sein, er muss Spielraum haben zwischen verschiedenen Techniken und Methoden, zwischen geduldigem Zuhören und klarer Abgrenzung, zwischen der Suche nach biografischem Verständnis und dem klaren Hinweis auf die Mechanismen psychologischer, sozialer und biologischer Eigendynamik. Der Austausch zwischen allen Betroffenen hilft über die unterschiedlichen Erlebensebenen auch außerhalb der akuten therapeutischen Situation.

Menschen Entsprechende sowie Entwicklung von Achtung und Respekt im therapeutischen Handeln. Dem dient auch die folgende Darstellung der Spannungsfelder, dem alle Beteiligten bei bipolaren Störungen ausgesetzt sind.

Zwischen Höhen und Tiefen – Spannungsfeld der Patienten

Das erste Spannungsfeld ist offensichtlich, springt in die Augen und gibt der Störung ihren Namen. Bipolare Patienten schwanken insbesondere hinsichtlich Stimmungen und Energie zwischen Höhen und Tiefen. Euphorische Stimmung, unglaubliche Energie – anfangs beglückend, dann mitreißend, schließlich kaum noch steuerbar und, je näher die unvermeidliche Erschöpfung rückt, auch Verzweiflung, manchmal in Destruktivität und Aggressivität übergehend. Auf der anderen Seite Lähmung und Fühllosig-

keit, eben nicht warme Trauer, sondern kalte Leere, anfangs vielleicht noch verstehbar als Erschöpfung nach ungeheurer Anstrengung oder Abwehr von unaufhaltbaren Gefühlen, eine Zeitlang auch Schutz vor akuter Verzweiflungstat, irgendwann geprägt von psychosozialer und biologischer Eigendynamik, mündend in Zeitlosigkeit und schreckliche Ewigkeit.

Immer ein Zuviel – welche Anstrengung! In Erstarrung oder Flucht nach vorne immer auch eine Vermeidung von was auch immer. Immer ein Ringen um eigene Maßstäbe, um die eigene Mitte, die eigenen Werte. Bipolare Menschen haben in der Regel nicht zu wenig, sondern zuviel Normierung erfahren, haben sich oft zu un-hinterfragt die Maßstäbe anderer zu eigen gemacht, wollten es allen recht machen, ohne das Fundament der Achtung eigener Bedürfnisse. So sehr

uns der manische Patient auf der Akutstation auch dazu verführt: letztlich geht es nicht darum, ihm „Manieren beizubringen“, sondern mit ihm zu suchen, wie Ungewöhnliches im Alltag unterzubringen ist, anstatt es immer für die Manie aufzuheben. Maniker sprengen viele Normen, doch ihre Unkonventionalität kann nicht befreiend wirken, denn in der Erkrankung schlagen die eigenen Normen erbarmungslos zu. Therapie muss durch die Phasen begleiten, braucht den Spiegel jeweils einer Seite, braucht die Suche nach dem auslösenden Konflikt, um dann zu entdecken, dass längst nicht jede Subdepression zur Depression, längst nicht jede Hypomanie zur Manie führen muss. Der Spielraum ist größer, als alle Beteiligten bisher denken. Die Erkrankung ist phasisch, auch wenn die Bewegung manchmal nicht spürbar ist. Wie klein muss der erste Schritt sein, um den Erfolg unvermeidlich zu machen? Wie lange kann ich steuern, ab wann „geht die Post ab“?

Es gehört zum Wesen des Menschen, an sich zu zweifeln und dabei auch zu ver-zweifeln – so wie es zu seinem Wesen gehört, über sich hinaus zudenken und sich dabei zu verlieren. Wenn Menschen in dieser Hinsicht besonders ausgeprägt sind, wenn sie also im affektiven oder kognitiven Sinne psychotisch werden, handeln sie nicht wie Wesen von einem anderen Stern, sondern zutiefst menschlich. Dies gilt es, im Auge zu behalten, bei allen Behandlungsversuchen; denn nur so ist der Gefahr der Selbst-Stigmatisierung entgegenzuwirken. Gerade bei einer Erkrankung, bei der die Störung des Selbstwertgefühls wesentlich ist, ist alles zu vermeiden, was zusätzlich kränkt.

Zwischen Nähe und Distanz – Spannungsfeld der Angehörigen

Wenn Menschen hinsichtlich Stimmung und Energie zwischen Extremen schwanken, wenn sie dabei ihr Wesen verändern und auch, wenn sie in den Extremen verdrängte eigene Seiten wiederentdecken, dann geht all das an den nahen Angehörigen nicht spurlos vorbei. Sie fühlen sich mitgerissen,

ausgeliefert und eingespannt. Sie strengen sich an, um die Minderleistung des Depressiven auszugleichen, um ihn trotz Rückzug emotional zu erreichen, um die Eskapaden der Manie auszubalancieren und den wirklichen Schaden in Grenzen zu halten. Allzu oft geraten sie selbst ins Schwanken zwischen Höhen und Tiefen. Vor allem Partner, die mit einer solchen Erkrankung zurecht kommen müssen, erwecken manchmal nach außen den Eindruck, als würden sie wie Paternoster-Fahrschühle aneinander vorbei rauschen, um sich nur noch selten auf gleicher emotionaler Ebene zu begegnen. Die nahen Verwandten stehen dabei vor allem vor folgender Frage: Wie nah erlaubt das kranke Familienmitglied mir noch zu sein? Wie weit weg lasse ich mich drängen? Wie viel Abstand brauche ich selber, um angesichts der Depression des anderen nicht selbst zu verzweifeln und angesichts der Manie des anderen nicht unendlich gekränkt zu werden? Wieviel Sicherheitsabstand brauchen meine Gefühle? Wieviel Distanz brauche ich, um eine Liebe zu retten?

Zwischen Macht und Ohnmacht – Spannungsfeld der Profis

Auch als erfahrener Therapeut kann man sich der Rasanz und Dramatik des Geschehens manchmal kaum entziehen. In der Depression wird versucht, Vertrauen in die therapeutischen Möglichkeiten zu wecken, Hoffnung zu vermitteln und die Phasenhaftigkeit der Erkrankung ins Bewusstsein zu rufen. In der Manie müssen manchmal Grenzen gesetzt, konfrontiert und unter Umständen für den anderen, oder sogar gegen seinen Willen gehandelt werden. Grundsätzlich ist Optimismus angebracht; denn mit unseren therapeutischen Möglichkeiten können viele Phasen verkürzt oder vermieden werden. Dennoch wirken die Medikamente alleine keineswegs so sicher, eindeutig und schnell, wie es wünschenswert wäre, und sind die psychotherapeutischen Möglichkeiten noch nicht so ausgereift und erst recht im psychiatrischen Alltag noch nicht so akzeptiert wie bei den unipolaren Depressionen.

Und so bleibt es dabei, dass wir als Profis in einem Spannungsfeld von Macht und Ohnmacht landen: In der Depression konfrontiert uns der Patient mit unserer Ohnmacht. Manche Patienten scheinen uns geradezu beweisen zu wollen, dass alles, was wir uns ausdenken, nicht ausreicht, um wirklich zu helfen, ja dass all unsere Erfahrung nicht ausreicht, das ganz besondere Elend der eigenen Depression zu erfassen. So mag es paradox klingen, dass eine ältere Patientin mit schwerer Depression erst dann wirklich mit dem Therapeuten arbeiten konnte und wollte, als dieser nach vergeblichen Versuchen eher resigniert als souverän bekannte, eine so schwere Depression nie gesehen zu haben und nun wirklich mit seinem Latein am Ende zu sein. In diesem Moment huschte ein Lächeln über ihr versteinerntes Gesicht und die therapeutische Arbeit konnte beginnen.

In der Manie sind wir konfrontiert mit der Macht des Patienten, mit seinem Geschick, die Finger in die Wunden zu legen, seien es die eigenen therapeutischen Schwächen oder die Widersprüche im psychiatrischen Alltag. Wir sind konfrontiert mit machtvollen Worten, sind zwangsläufig beeindruckt von unkonventionellem Auftreten, und erschlagen von der Fähigkeit des Gegenübers, uns machtvoll an die Wand zu spielen. Zugleich werden wir verführt oder verpflichtet zu eigenem machtvollem Handeln – sei es mit klaren Worten in der therapeutischen Situation oder mit klarem Handeln, auch gegen den Willen des anderen in der akuten Krise. Im Nachhinein mag es beruhigen, von erfahrenen Patienten im Psychoseminar zu hören, dass auch und gerade sie die Notwendigkeit unseres Handelns sehen und den Mut zur Konfrontation fordern. Doch in der aktuellen Situation ist die Entscheidung für die Macht genauso schwer wie das Aushalten der Ohnmacht.

Bei der Behandlung bipolarer Störungen darf der Therapeut nicht unipolar sein, darf nicht mit einem allzu engen Repertoire in einer einseitigen Ideologie oder ausschließenden therapeutischen Schule eingesperret sein, sondern muss selbst

Spielraum haben zwischen verschiedenen Techniken und Methoden, zwischen geduldigem Zuhören und klarer Abgrenzung, zwischen der Suche nach biografischem Verständnis und dem klaren Hinweis auf die Mechanismen psychologischer, sozialer und biologischer Eigendynamik. Als Therapeut muss er den Mut haben, Polaritäten aufrecht zu erhalten und allzu schnelle harmonisierende Regelungen im Intervall zu konterkarieren.

Mischung der Spannungsfelder – für alle

Natürlich ist die Aufteilung der drei Ebenen idealtypisch. Die drei Spannungsfelder betreffen alle Beteiligten, jedoch mit unterschiedlicher Gewichtung. Auch Angehörige werden mit eigenen Höhen und Tiefen konfrontiert und kennen das Gefühl von Ohnmacht und die Verlockungen der Macht. Auch Patienten schwanken gegenüber ihren Angehörigen und abgemildert auch gegenüber Therapeuten, zwischen Anlehnungsbedürfnis und Entfremdung, müssen balancieren zwischen Nähe und Distanz. Auch Therapeuten schwanken unter Umständen zwischen Erschöpfung und der Flucht nach vorn, brauchen Abstand, um nicht verstrickt zu werden und Nähe, um Energien zu mobilisieren.

Gerade weil die bipolare Störung eine zutiefst menschliche Erscheinung ist (s.o.), hilft der Austausch über die unterschiedlichen Erlebnisebenen auch außerhalb der akuten therapeutischen Situation, hilft der Austausch in Dialogforen/Psychoseminaren oder auf Tagungen. Der Austausch über die unterschiedlichen subjektiven Perspektiven, die breite Diskussion wissenschaftlicher Ergebnisse und der fachliche Austausch über therapeutische Alternativen ist so wichtig, dass wir mehr als bisher versuchen sollten, den Diskurs gemeinsam und in einer allgemein verständlichen Sprache zu führen. (1).

Besonderheit der bipolaren Störung

Die Notwendigkeit dieses Diskurses wird unterstrichen von der Besonderheit der bipolaren Störung:

Die Erkrankung ist phasenhaft, d.h. die Störungen sind begrenzt, aber wiederholbar, unterbrochen von Zeiten unterschiedlich langer Gesundheit und psychischer Stabilität. Es reicht nicht, die Phasen schnellstmöglich zu beenden, sondern es ist möglich, aus ihnen zu lernen. Es ist nicht nur wichtig, ob jemand nach der Depression auftaucht oder nach der Manie landet, sondern auch, wie er es tut, welche Wahrnehmung verborgener Wünsche und/oder vergangener Kränkungen er mitbringt und wie die Suche nach eigenen inneren Werten und Maßstäben vorankommt.

Gerade weil die bipolare Störung wie auch jede andere Depression vor allem eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls bedeutet, ist jede weitere Kränkung zu vermeiden. Gerade deshalb sind Patienten und Angehörige als Dialogpartner ernst zu nehmen. Gerade deshalb ist der Blick auf die Ressourcen wichtig und sind Situationen zu schaffen, in denen sich der Patient nicht nur als Empfänger von Ratschlägen, Anordnungen oder Medikamenten befreit.

Konsequenzen für das therapeutische Setting

Die Sozialpsychiatrische Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ist eine der ersten universitären Ambulanzen gewesen, die ein spezifisches therapeutisches Programm für Patienten mit bipolaren Störungen entwickelt und erprobt hat (2). Danach lassen sich drei wichtige Bedingungen für die erfolgreiche therapeutische Arbeit mit bipolaren Patienten formulieren:

- Vorteile des Gruppensettings: Wir haben herausgefunden, dass das gruppentherapeutische Setting für die allermeisten Patienten besondere Chancen birgt. In der Gruppe begegnen sich die unterschiedlichen Phasen. Im anderen Patienten ist die andere Seite der Erkrankung wahrzunehmen, die zumindest in der akuten Depression oder Manie sonst aus dem Bewusstsein verdrängt wird. Dadurch wird eine Tendenz zur Mitte eingeleitet.

Außerdem erweitert die Gruppe therapeutische Möglichkeiten. Die Interventionen werden vielseitiger, weil Gruppenmitglieder und Therapeuten sich ergänzen oder widersprechen können, weil bestimmte Botschaften von peer experts formuliert und entsprechend besser angenommen werden können und weil die Polarität der Erkrankung besser abgebildet und so konstruktiv genutzt werden kann. Ein dritter Grund betrifft die krankheitstypische Selbstwertproblematik. Im Unterschied zu anderen Settings und zu rein edukativen Programmen erleben die Patienten sich nicht nur als Objekte von Interventionen oder Informationen, sondern als Experten in eigener Sache, deren Erfahrung von wechselseitigem Nutzen ist

- Einbeziehung von Angehörigen: Bipolare Patienten zu behandeln, ohne ihre Angehörigen einzubeziehen, kommt einem Kunstfehler gleich. Gerade weil die Angehörigen zwangsläufig mitgeschleudert werden und weil die familiäre Dynamik den Krankheitsverlauf günstig oder ungünstig beeinflussen kann, ist es notwendig, insbesondere die Familienmitglieder wahrzunehmen und zu unterstützen, die mit dem Patienten unmittelbar zusammenleben. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass schon die Unterstützung der Angehörigen alleine in entsprechenden therapeutisch geleiteten Gruppen den Krankheitsverlauf von ansonsten schwer erreichbaren Patienten günstig beeinflussen. Aber auch die Familiengespräche vor oder in akuten Krisen sowie die getrennte Beratung und Unterstützung der Familie sollten zum Repertoire gehören
- Struktur übergreifende Kontinuität: Gerade weil die Erkrankung phasisch verläuft, muss die Behandlung kontinuierlich sein. Gerade weil die Erkrankung in den verschiedenen Phasen unterschiedlich behandelt werden muss, muss die Kontinuität strukturübergreifend sein, also

unabhängig vom ambulanten oder auch teil-stationären Behandlungsstatus sein. Auf diese Weise ist es möglich, beispielsweise in den therapeutischen Gruppen, Patienten in akuten Stadien zu erreichen, deren Abwehr anschließend wieder lückenlos funktioniert. Notwendige stationäre Einweisungen können in aller Regel rechtzeitiger und undramatischer eingeleitet und deren Dauer deutlich abgekürzt werden. Außerdem ist es so möglich, die Patienten anders kennenzulernen und die akuten Phasen nicht nur als Katastrophe, sondern auch als Anstoß zu neuen Erkenntnissen zu nutzen.

Areas of tension among bipolar patients, their relatives and therapists
Bipolar patients oscillate in particular with regard to mood and energy, between highs and lows. This does not leave family members, and especially life partners, untouched. Relatives are torn between closeness and distance. With regard to treatment, the therapist must not be unipolar, but must have room to manoeuvre between various techniques and methods, between patient listening and clear line-drawing, between the search for biographic empathy and simply identifying the mechanisms of inherent psychological, social and biological dynamics. Personal exchange among all those involved provides help over the various levels of experience outside of the therapeutic situation also.

Literatur:

1. Bock T. Achterbahn der Gefühle – Leben mit Manie und Depression. Psychiatrieverlag 2004
2. Arbeitsgemeinschaft der Psychoseminare. Es ist normal verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen. 2004 (Vertrieb über den Verfasser, über die Bundesverbände der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen sowie die deutsche Gesellschaft für Sozialpsychiatrie)

Korrespondenzadresse:

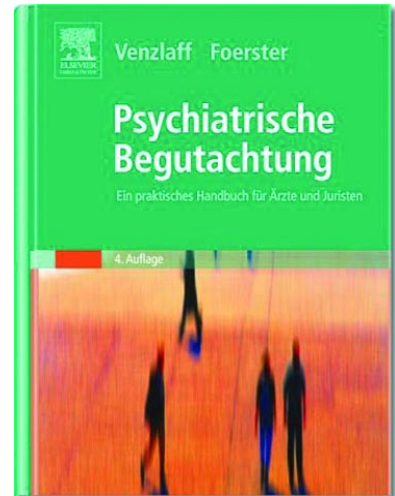
PD Dr. Thomas Bock
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistr. 52
 20246 Hamburg
 E-Mail: bock@uke.uni-hamburg.de

Psychiatrische Begutachtung

Ulrich Venzlaff, Klaus Foerster. *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 4. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München, 2004, 836 Seiten, gebunden, 179,- €.*

Seit der Erstausgabe im Jahre 1986 liegt dieses Handbuch der psychiatrischen Begutachtung nun in seiner 4. Auflage vor. Die Neuaufgabe bzw. Neubearbeitung wurde um über 200 Seiten und um fünf Kapitel, u.a. zu wichtigen Themenbereichen wie der Glaubhaftigkeit, der Behandlung im Maßregelvollzug oder zur Begutachtung im Asyl- und Ausländerverfahren erweitert. Aufgrund des engen Zusammenwirkens rechtlicher und psychiatrischer Fragen wendet sich das Buch konsequenterweise an Ärzte und Juristen. Der Schwerpunkt liegt jedoch eindeutig auf den psychiatrischen Themen. Von 23 fachlich ausgewiesenen Autoren wurden 35 Kapitel verfasst. Die Autoren aus dem Bereich der Rechtswissenschaften zeigen in ihren sechs Beiträgen die juristischen Grundlagen des Strafrechts, des Zivilrechts (inkl. Familienrecht) und des Sozialrechts in – auch für Nicht-Juristen – verständlicher und nachvollziehbarer Weise auf. Hierdurch können die Grundlagen bezüglich des Rahmens, der Rolle und der Bedeutung des/der psychiatrischen Sachverständigen entnommen werden. Auch die Anforderungen von juristischer Seite an die Qualität der Gutachten werden deutlich gemacht.

Der Fokus der Beiträge liegt, entsprechend der Relevanz, auf Fragen zur Begutachtung der Schuldfähigkeit und auf Fragen zu Strafverfahren, Strafvollzug und Maßregelvollzug (inkl. Therapie im Maßregelvollzug und zur Gefährlichkeitsprognose). Bei der Abhandlung der verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen wird eine durchgängig straffe Gliederung mit Vorkommen, Klassifikation, Differentialdiagnostik und rechtlicher (v.a. strafrechtlicher) Bedeutung und Beurteilung eingehalten. Die Verwendung prägnanter Kasuistiken zu den einzelnen Störungen ermöglicht eine praxis-



nahe Veranschaulichung der vermittelten Inhalte.

Beiträge zur forensischen Psychiatrie in Österreich und der Schweiz bilden den Schluss des Buches.

Die einzelnen Kapitel sind klar gegliedert, im Umfang überschaubar, erlauben eine rasche Orientierung beim Nachschlagen spezieller Fragen und erhalten durch die Hervorhebungen einen durchgehenden didaktischen Spannungsbogen. Das Sachverzeichnis ist teilweise zu detailliert und möglicherweise wurde aus diesem Grunde eine zu kleine Schriftgröße verwendet. Die in den Literaturverzeichnissen der einzelnen Kapitel aufgeführten Fundstellen ermöglichen ein ebenso aktuelles wie empirisch-gesichertes Vertiefen der einzelnen Thematiken.

Der neue Venzlaff/Foerster bleibt eines der Standardwerke zur Thematik der forensischen Psychiatrie und kann jedem auf dem Gebiet der psychiatrischen Begutachtung Tätigen uneingeschränkt empfohlen werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dipl.-Psych. Sven-Uwe Kutscher
 Institut für Forensische Psychiatrie
 Universität Duisburg-Essen
 Virchowstr. 174
 45147 Essen