

Gerhard Dieter Ruf

Bipolare Störungen

2017

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)
Dr. Barbara Heitger (Wien)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)
Tom Levold (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)
Dr. Burkhard Peter (München)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Karsten Trebesch (Berlin)
Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Sigrig Tschöpe-Scheffler (Köln)
Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Reihe »Störungen systemisch behandeln«, Band 8
hrsg. von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus
Reihengestaltung: Uwe Göbel
Umschlag und Satz: Heinrich Eiermann
Printed in Germany
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck



Erste Auflage, 2017
ISBN 978-3-8497-0168-0 (Printausgabe)
ISBN 978-3-8497-8068-5 (ePUB)
ISBN 978-3-8497-8056-2 (PDF)
© 2017 Carl-Auer-Systeme Verlag
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg
Alle Rechte vorbehalten



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten
aus der Vangerowstraße haben, können Sie unter
<http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH
Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg
Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22
info@carl-auer.de

Inhalt

Vorwort der Herausgeber	8
Vorwort	10
Zu diesem Buch	13
1 Bipolare Störungen	15
1.1 Vom Phänomen zur Diagnose	15
1.2 Affektive Störungen in der ICD-10	17
1.3 Bipolare Störung in der ICD-10	18
1.4 Differenzialdiagnose	23
1.5 Epidemiologie und Verlauf	24
2 Klassische Konzepte zu bipolaren Störungen	26
2.1 Historische Erklärungsmodelle	26
2.2 Das psychiatrische Störungsmodell und klassische Therapieformen	27
2.2.1 Das psychiatrische Krankheitsmodell	27
2.2.2 Psychiatrische Therapieformen	28
2.3 Anthropologische Erklärungsmodelle und Interventionsansätze	29
2.4 Verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle und Interventionsansätze	31
2.5 Psychodynamische Erklärungsmodelle und Interventionsansätze	35
3 Bipolare Störungen aus Sicht der Systemtherapie	38
3.1 Bipolare Störungen aus Sicht der früheren Systemtherapie (Kybernetik erster Ordnung)	38
3.1.1 Erforschung der Kommunikation in Familien	38
3.1.2 Die strukturelle Familientherapie	39
3.1.3 Die strategische Familientherapie nach dem Mailänder Modell	42
3.1.4 Die frühen systemischen Ansätze aus heutiger Sicht	43
3.2 Bipolare Störungen aus Sicht der modernen Systemtherapie (Kybernetik zweiter Ordnung)	44
3.2.1 Die Kybernetik zweiter Ordnung	44
3.2.2 Eine systemische Annäherung an bipolare Störungen	45
4 Ein systemisches Störungsmodell	50
4.1 Eine systemtheoretische Beschreibung	50

4.2	Das biologische System bei bipolaren Störungen	53
4.3	Das psychische System bei bipolaren Störungen	54
4.4	Das soziale System bei bipolaren Störungen	61
4.7	Wege zur Chronifizierung	66
5	Systemische Therapie bipolarer Störungen	68
5.1	Prinzipien	68
5.1.1	Störungsspezifische Systemtherapie	68
5.1.2	Das Setting	69
5.1.3	Kundenorientierung	70
5.1.4	Infragestellung des Krankheitskonzepts	72
5.1.5	Lösung von Problemen	85
5.1.6	Ressourcenorientierung	87
5.1.7	Neutralität	88
5.1.8	Anbieten hilfreicherer Wirklichkeitskonstruktionen	94
5.1.9	Sinnangebote	101
5.1.10	Störung problematischer zirkulärer Prozesse	103
5.2	Schwerpunkte bei der bipolaren Störung	105
5.2.1	Herstellen von Gleichzeitigkeit	105
5.2.2	Aufweichen der harten Beziehungsrealität	106
5.2.3	Anbieten einer neuen Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient	109
5.2.4	Herausarbeiten der Funktion der bipolaren Störung	111
5.2.5	Ertragenlernen wechselnder Stimmungslagen	116
5.2.6	Besetzen der passiven Seite bei der Depression	118
5.2.7	Warnung vor Erschöpfung bei der Manie	119
5.3	Kontexte	120
5.3.1	Auftragsklärung und Kontext	120
5.3.2	Stationäre Behandlung	124
5.3.3	Behandlung mit Medikamenten	125
5.4	Methoden	126
5.4.1	Systemisches Fragen	126
5.4.2	Status quo versus Veränderung	129
5.4.3	Lösungsorientiertes Vorgehen	137
5.4.4	Paradoxe Interventionen	139
5.4.5	Rituale	141
5.4.6	Narrative Methoden	142

5.4.7	Rückfallprophylaxe	147
5.4.8	Familientherapie	148
5.4.9	Methoden bei chronifizierten Störungen.	151
6	Nebenwirkungen der klassischen Depressionstherapie aus systemisch-konstruktivistischer Sicht	152
7	Ausführliches systemisches Fallbeispiel	154
8	Evaluation	177
	Ergänzendes Online-Material	179
	Literatur	180
	Über den Autor	186

Vorwort

Bipolare Störungen werden in den letzten Jahren zunehmend häufiger diagnostiziert. Eine bipolare Störung wird angenommen, wenn ein Patient die beiden Pole Depression und Manie durchlebt bzw. entsprechende Symptome zeigt. Manie ist ein Zustand inadäquater Euphorie und Antriebssteigerung, Hypomanie eine leichte Ausprägungsform. Während in früheren Jahren nur ausgeprägte Manien bei der Diagnosestellung einer bipolaren Störung berücksichtigt wurden, führen jetzt auch schon hypomane Zustände mit leicht gehobener Stimmung zu dieser Diagnose. So kann man die Diagnose schließlich bei 3–5 % der Bevölkerung stellen (Laux 2011b). Pharmafirmen fördern die Ausweitung der Diagnosen. Sie haben mehrere Mittel gegen Stimmungsschwankungen entwickelt, die sogenannten Mood Stabilizer oder Stimmungsstabilisierer, und drängen in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf eine entsprechende Diagnostik und Behandlung. Die Krankheit fasziniert und verhilft dem Gesundheitswesen zu neuen Umsätzen.

Aber wo bleibt der Mensch? Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt. Gehören solche Gefühle nicht zur normalen Existenz des Menschen? Bieten solche Pole nicht auch einen Spielraum, der innere Freiheit erschafft? Ist es krankhaft, wenn man sich bei Verlusten, Niederlagen oder Erschöpfung antriebsarm und traurig zurückzieht? Ist es krankhaft, wenn man in einem Glückszustand aktiv wird und seine ganze Energie einsetzt?

Hier stellt sich die Frage, wo es Sinn macht, in Krankheitskategorien zu denken. In unserer Gesellschaft verhilft eine Diagnose zu Schonung und zu einem legitimen und legalen Rückzug aus den Anforderungen und dem Leistungsdruck der Arbeitswelt. Im Gesundheitswesen ist das Etikett einer Diagnose eine Voraussetzung für unterstützende und therapeutische Angebote. In der Familie wird man von Verantwortung und Schuld für Verhaltensweisen freigesprochen, wenn diese auf eine Krankheit zurückgeführt werden.

Andererseits hat eine Diagnose den Preis, dass man allzu leicht

den Menschen hinter der Diagnose vergisst. Die ganze Familie ist auf die Krankheit fixiert, hat Angst vor einem Rückfall und schränkt in ihren Kontrollbemühungen die Freiheit vor allem des als krank diagnostizierten Familienmitglieds ein. Wenn dieser, vielleicht für die anderen unerwartet, neue Neigungen entdeckt und ins Kino und Theater geht, wird eine beginnende Manie angenommen und vom Arzt eine Erhöhung der Medikamentendosis erwartet, damit er wieder wie zuvor still und antriebsarm zu Hause bleibt. Eine Patientin berichtete mir, sie traue sich seit der Diagnosestellung einer bipolaren Störung nicht mehr, glücklich zu sein, weil sie dann den Ausbruch einer Manie befürchte. Die Verarbeitung einer schweren Trauer nach dem Tod eines Angehörigen wird nicht gefördert, wenn sie mit der Diagnose einer Depression als Krankheit eingestuft wird.

Diese Polarität zwischen den Kategorien Krankheit bzw. Störung und Normalität ist Thema der systemischen Psychiatrie und Therapie. Es geht um die Frage, wann ein Denken in Krankheitskategorien sinnvoll und hilfreich ist, wann es eher behindert oder schadet und wann sich selbst erfüllende Prophezeiungen gerade zu dem führen, was man befürchtet. Manche Probleme und Symptome werden durch sogenannte zirkuläre Prozesse, das sind Rückkopplungsprozesse, aufrechterhalten. Probleme entstehen auch durch Erklärungen, die den subjektiven oder den wissenschaftlichen Beobachtungen gegeben werden. Erklärungen können Hoffnung machen oder nehmen, können erleichtern oder bedrücken.

In der systemischen Therapie werden solche Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln thematisiert und alternative Sichtweisen angeboten. Wenn diese besser zum Leben der Betroffenen passen, können sie zur Problemlösung verhelfen und Symptome überflüssig werden lassen. Depressive Symptome können in manchen Fällen als normale Trauer, als Erschöpfung oder als Signal dafür gesehen werden, dass die Lebensform nicht stimmt und eine Veränderung im Leben ansteht, sei es im privaten Bereich oder im Beruf.

Systemische Therapie und Beratung ist eine bewährte und gut evaluierte Methode, die in unterschiedlichen psychotherapeutischen

und psychiatrischen Arbeitsfeldern und Kontexten eingesetzt werden kann. Sie ist besonders flexibel bezüglich der Settings und Zeitrahmen (von Schlippe u. Schweitzer 2012, S. 349) und kommt oft mit wenigen, über einen längeren Zeitraum verteilten Sitzungen aus. Häufig werden Sitzungen alle vier Wochen oder in noch längeren Intervallen angesetzt, insgesamt durchschnittlich ca. 10 bis 12 Sitzungen (vgl. Simon, Clement u. Stierlin 2004, S. 303 f.). Mit der zunehmenden Verbreitung der systemischen Therapie werden aber in Abhängigkeit vom Bedarf auch lange systemische Therapien durchgeführt.

Dass auch bei einer sogenannten »schweren« oder »chronifizierten« bipolaren Störung oft kleine Impulse in wenigen Sitzungen ausreichen, um Muster zu verstören, die die Störung aufrechterhalten, mag verwundern. Oft wird übersehen, dass schon die Diagnosestellung einer bipolaren Störung zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden und die befürchtete Chronifizierung fördern kann. Immer wieder berichten mir Patienten, wie die ängstliche Aufmerksamkeitsfokussierung auf einen möglichen »Rückfall« durch Sorgen und eine innere Anspannung eben diesen auch provozieren kann. Hilfreich sind in diesen Fällen die ressourcenorientierte systemische Haltung und spezifische Interventionen, wenn sie zum problematischen Denk- und Verhaltensmuster eine passende bessere Lösung darstellen.

Zu diesem Buch

Dieses Buch soll spezifische psychische und soziale Muster bei bipolaren Störungen verdeutlichen und systemische Therapiemethoden zur Veränderung problematischer Muster zur Verfügung stellen. Der Schwerpunkt liegt auf der ambulanten Behandlung. Bei den Fallbeispielen sind die akuten, meist in der Klinik behandelten Symptome bereits abgeklungen. Die vorgestellten Methoden können jedoch auch im stationären Kontext Anwendung finden.

Systemische Therapie kann als Einzel-, Paar- oder Familientherapie durchgeführt werden. Weil die meisten Patienten eine Einzeltherapie wünschen, habe ich überwiegend solche Fallbeispiele vorgestellt. Ab und zu wird in meiner Praxis auch eine Kombination von Einzel- und Familientherapie durchgeführt. Eine Indikation zur Familientherapie besteht bei entsprechendem Wunsch des Klienten üblicherweise dann, wenn er in einer Familie lebt oder wenn die Familie sonst eine wichtige Rolle für das Problem oder die Lösung spielt.

Theorie und Methoden der systemischen Therapie finden bei verschiedenen psychischen Störungen Anwendung. Einige Abschnitte dieses Buches wurden aus meinen Büchern *Schizophrenien und schizoaffektive Störungen* (Ruf 2014) und *Depression und Dysthymia* (Ruf 2015) übernommen, weil sie auch zur Therapie bipolarer Störungen passen. Bei bipolaren Störungen dominieren im Verlauf oft depressive Episoden, sodass insbesondere die Therapie der Depression nicht ausgeklammert werden konnte. Ich habe sie im Vergleich zum Buch *Depression und Dysthymia* hier verkürzt dargestellt und empfehle ggf. dort eine Vertiefung. Detaillierte Erläuterungen, wie zum Beispiel wissenschaftliche Erklärungen oder therapeutische Interventionen, wurden im Text durch eine kursive Schreibweise gekennzeichnet. Als ergänzendes Material werden einzelne Interventionen zur jeweils gezielten Anwendung online bereitgestellt¹.

.....

1 http://www.carl-auer.de/machbar/bipolare_stoerungen

Beratung und Therapie gehen fließend ineinander über; ich habe im Text nicht streng dazwischen getrennt. Das Gleiche gilt für die Begriffe Klient und Patient. Wegen der besseren Lesbarkeit habe ich auch nicht immer die männliche und weibliche Form aufgeführt; beides soll als austauschbar gelten, sofern aus dem Text nichts anderes hervorgeht. Alle Fallbeispiele sind aus unserer Praxis, die ich mit meiner Frau und anderen Kollegen zusammen führe. Sie sind so weit anonymisiert, dass Rückschlüsse auf die jeweiligen Patienten nicht möglich sind.

An dieser Stelle danke ich meiner Frau Ulrike Preuß-Ruf ganz herzlich für viele wertvolle Ratschläge. Mein besonderer Dank gilt auch dem Herausgeber der Buchreihe Dr. Hans Lieb für viele hilfreiche Anregungen.

In der Manie gibt sich der Patient unkontrolliert, überschwänglich und überschwemmt den Therapeuten mit einem Redeschwall von Größenideen, sodass dieser fast nicht zu Wort kommt.

Dadurch fühlt sich der Therapeut eingeladen, die manische Wirklichkeitskonstruktion zu teilen und sich zu freuen, dass es dem Patienten so gut geht. Der Therapeut spürt dann eher den Impuls, die vom Patienten nicht gelebte Kontrollseite zu übernehmen (»Jetzt beherrschen Sie sich aber!«), ihm gut zuzureden (»Bei diesen Einkäufen leben Sie über Ihre Verhältnisse; ich würde an Ihrer Stelle keinen Rolls-Royce kaufen«) und ihn zu bremsen (»Sie sollten nicht so aggressiv auf Ihre Eltern reagieren!«). Das verstärkt aber den manischen Affekt des Patienten, sich den Kontrollversuchen zu entziehen, und kann zu Konflikten mit dem Therapeuten führen.

Auch aus diesem Dilemma kann eine positive Konnotation der Symptome führen.

»Wozu ist es gut, sich so aufgedreht zu verhalten, sich durch Einkäufe etwas Gutes zu tun, sich von den Eltern klar abzugrenzen?«

Der Therapeut sollte also sowohl harmonische Eindeutigkeit als auch eindeutige Konflikte vermeiden.

5.2.4 Herausarbeiten der Funktion der bipolaren Störung

Dem symptomatischen Verhalten kann eine Funktion für das psychische oder für das soziale System zugeschrieben werden. Mit dieser Zuschreibung (einer neuen Wirklichkeitskonstruktion) werden das Denken in Krankheitskategorien gestört, die eigene Einflussmöglichkeit verbessert und die Optionen für die Lebensgestaltung erweitert.

Die Funktion für das psychische System kann direkt erfragt oder durch das Anbieten von Metaphern nahegelegt werden.

»Wozu ist es gut, wenn Sie sich immer wieder depressiv zurückziehen? Wieso übernehmen Sie sich in Ihren hypomanischen Episoden, bis sie erschöpft und ausgepowert sind? Wozu ist es gut, sich nicht rechtzeitig zu bremsen? Was würde passieren, wenn Sie es tun würden? Wozu ist es gut, Rückzug und Aktivität zeitversetzt zu leben?«

Im sozialen System, üblicherweise der Familie, kann die Funktion durch das Erfragen von Veränderungen erhellt werden.

»Wie hat Ihre Familie auf Ihren depressiven Rückzug reagiert? Wer geht jetzt anders mit Ihnen um? Welche Auswirkungen hatten Ihre manischen Aktivitäten auf den Zusammenhalt in der Familie?«

Dem Konstrukt »Krankheit« kann in den sozialen Systemen meistens eine wesentliche Funktion für das System beigemessen werden. »Krankheit« hat in unserer Gesellschaft die Bedeutung eines Defizits und eines nicht willentlich beeinflussbaren Phänomens. Diese Zuschreibung ermöglicht soziale Unterstützung (z. B. durch die Finanzierung von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie), aber auch die »Erlaubnis«, ohne Sanktionen symptomatisches Verhalten zeigen zu dürfen. So wird das Ausbrechen aus der harten Beziehungsrealität nur geduldet, wenn es als Krankheit als nicht steuerbar angesehen wird: In der Manie kann das Familienmitglied Distanz leben, fremdgehen und weiterhin in der Familie bleiben; würde dasselbe Verhalten als bewusst initiiert eingestuft, wäre eine Trennung die Folge. Dieses Entweder-oder-Denken kann durch eine Konstruktneutralität (Retzer 1994) aufgeweicht werden, die offenlässt, inwieweit das Verhalten des Patienten »gesund« oder »krank«, steuerbar oder nicht steuerbar sein könnte. Das hypothetische Erörtern der Konsequenzen der unterschiedlichen Sichtweisen für die Familie und den Patienten kann die Konstrukte vermischen und damit ein Sowohl-als-Auch einführen.

»Angenommen, es würde sich herausstellen, dass eine nicht bewusst steuerbare Krankheit vorliegt: Welche Konsequenzen hätte das für Sie und Ihre Familie? Wäre es gut, wenn das herauskäme?«

»Angenommen, Ihr Mann könnte sein Verhalten steuern und würde bewusst fremdgehen? Wie würden Sie und die anderen Familienmitglieder darauf reagieren? Wäre es gut, wenn sich herausstellen würde, dass Ihr Mann sein Verhalten steuern könnte?«

Der Besprechung der Funktionen der manischen und depressiven Zustände kann eine Warnung folgen, auf diese Phasen dauerhaft zu verzichten. Man könnte sie bei Bedarf wieder einsetzen.

Manche Patienten erleben sich in der Manie oder in der Depression kreativer als sonst. Dann kann besprochen werden, wie sie die Manie oder Depression wieder herholen können, wenn sie zu lange wegbleibt.

»Sie haben gesagt, dass Ihre kreativen Ideen nur in Zeiten der Manie kommen. Dann könnte es ja problematisch werden, wenn die Manie zu lange wegbleibt. Was müssten Sie tun, um die Manie wieder herzuholen?«

Die Funktion des depressiven Rückzugs kann als Erschöpfung und Erholungsphase nach jahrelangem Kampf und jahrelangem Sichübernehmen gedeutet werden. Diese Deutung als Erschöpfung impliziert, dass sie eine gewisse Zeit dauert und dann von allein wieder aufhört, wenn man sich erholt hat.

»Überlegen Sie sich zehn Methoden, wie Sie sich besser ausruhen können, nachdem Sie jahrelang gekämpft und sich übernommen haben.«

Manchmal hilft die Manie oder Depression bei einem inneren Kampf zwischen Verstand und Gefühl, dass in der Manie oder Depression die sonst verdrängte Gefühlsentscheidung zur Geltung kommt. In dem folgenden Fallbeispiel folgte der Patient der rationalen Empfehlung seines Vaters, es bringe Vorteile, zur Bundeswehr zu gehen, obwohl er gefühlsmäßig lieber den Wehrdienst verweigert hätte. Zu Beginn der Bundeswehrzeit begann dann seine erste Depression und anschließend eine Manie.

Herr Z., ein 48-jähriger arbeitsloser Ingenieur, war geschieden und lebte allein. Er hatte seit dem 20. Lebensjahr bisher vier depressive Phasen und im Alter von 21 Jahren eine Manie. Mehrere ambulante und stationäre Psychotherapien waren vorausgegangen. Zurzeit nahm er das Antidepressivum Citalopram ein. Er wünschte eine Psychotherapie als »Unterstützung, dass ich mehr zur Ruhe komme ... Ich bin häufig gestresst ... Ich möchte mehr Ruhe und Selbstsicherheit«. Sein »Kampf zwischen Psyche und Verstand« stresste ihn. Er wolle nicht mehr nur Pflichtübungen abarbeiten, sondern Zufriedenheit, wie es sei. Der Ursprung seines Problems sei mit 18 gewesen, als er eine »Entscheidung gegen mein Inneres« getroffen habe und auf Empfehlung seines Vaters zur Bundeswehr gegangen sei, anstatt zu verweigern. Danach habe er seine erste Depression bekommen und einen Suizidversuch gemacht. Die anschließende

stationäre Behandlung habe nichts gebracht. Er sei in eine Manie gekommen, habe nicht mehr geschlafen, sei überaktiv gewesen und gegenüber dem Vater aggressiv. Während der zweiten stationären Behandlung sei er wieder runtergekommen und geerdet worden. Weitere depressive Episoden seien Anlass zu ambulanten und stationären Psychotherapien gewesen, zurzeit sei sein Befinden wechselhaft. Die Liebe zu sich selber habe aber weiterhin gefehlt.

In der *zweiten Sitzung* ging es ihm nicht gut. Er klagte über Antriebsschwäche, Schlafbedürfnis und eine emotionale Blockade.

THERAPEUT »Angenommen, es gäbe eine zentrale Frage, die notwendig wäre, um Ihr Problem zu lösen, und diese Frage hätte in den bisherigen Therapien noch nie jemand an Sie gestellt. Wie würde eine solche Frage lauten?«

Patient »Was könnte Ihnen Anstoß sein, ins Handeln zu kommen, ohne sich bevormundet zu fühlen?«

Wie schon vor der ersten depressiven und manischen Episode bei der Bundeswehr lebte er offensichtlich immer noch im Konflikt zwischen Strebungen, der Bevormundung durch seine Eltern nachzugeben oder sich ihnen zu widersetzen. Ein aktives Widersetzen war während der Bundeswehr nur in der Manie gelungen. Zu anderen Zeiten widersetzte er sich durch Passivität und depressiven Rückzug. Ein Entweder-oder-Muster ließ ihn zwischen diesen beiden Polen wechseln.

Jetzt wollte er offensichtlich ein anderes Handeln als bisher. De facto bestand sein aktuelles Handeln in seinem depressiven Rückzug, der ihm aber ein schlechtes Gewissen bereitete.

THERAPEUT »Angenommen, es gäbe etwas Positives in Ihrem Rückzug, einen Sinn, was könnte das sein?«

Patient »Dass mir die Situation so missfällt, dass ich raus möchte und ins Handeln komme.«

Ich empfahl ihm im Sinne einer paradoxen Intervention, morgens eine Stunde länger im Bett zu bleiben.

Bis zur *dritten Sitzung* war die Antriebsschwäche verschwunden, und es ging ihm sehr gut. Die letzte Aufgabe, eine Stunde länger im Bett zu bleiben, sei hilfreich gewesen und habe ihm das schlechte Gewissen genommen. Er wolle nun den jetzigen Zustand erhalten ohne Rückfall. Um die Gefährdungen zu erfragen und mögliche Auslöser für Rückfälle vorwegzunehmen, fragte ich ihn, was er tun müsste, falls er wieder in eine Manie kommen wollte. Das könne er sich

nicht vorstellen, Auslöser sei früher sein jugendlicher Leichtsinn mit Feiern und wenig Schlaf gewesen. In eine Depression könnte er kommen, wenn er seine Aktivitäten zurückfahre und passiver würde. Wenn es dann in seiner Seele düster würde, hätte er nicht die Kraft, dem Verstand zu folgen, es sei »ein innerer Kampf und eine innere Verweigerung«. Er suche ein Gleichgewicht für Körper, Geist und Seele. Weil seine Eltern seine Kindheitsträume als unerreichbar hingestellt hätten, habe er es nicht ausprobiert, sie zu verwirklichen. Aber er wolle das ausprobieren. Ich gab ihm die Hausaufgabe, täglich fünf Minuten die nicht mehr änderbare Vergangenheit zu betrauern.

In den folgenden Sitzungen ging es ihm gut. Die *fünfte Sitzung* hatte seinen »Perfektionismus« zum Thema, den er von seinen Eltern übernommen habe. Wenn etwas nicht rundlaufe, bekomme er schnell ein Stressgefühl. Ich gab ihm die Hausaufgabe, sich täglich fünf Minuten im Spiegel anzuschauen und sich zu sagen: »Ich muss ertragen, dass ich nicht perfekt bin.« Damit sollte das Entweder-oder-Muster zwischen den Polen »perfekt und angepasst sein« und »den eigenen Bedürfnissen folgen« aufgeweicht werden.

Er berichtete in der *sechsten Sitzung*, die Reflexion darüber, sich so unperfekt anzunehmen, habe ihm gutgetan, und er sei in einer Aufbruchstimmung und suche verstärkt nach einer Arbeit. Allerdings sei er noch nicht bei sich, der Verstand dominiere zu sehr. In der Vergangenheit sei er in die Depression gekommen, wenn sein Verstand gesagt habe: »Alles in Ordnung!«, aber sein Inneres hilflos gewesen sei.

THERAPEUT »Was denken Sie, welche Funktion Ihre Depression dann haben könnte?«

PATIENT »Ich kapituliere dann und nehme Hilfe in Anspruch, zum Beispiel in einer Klinik, wo sich das Herz wieder zeigt ... Ich möchte dem Herz mehr Aufmerksamkeit verschaffen. Wie wichtig nehme ich mich? Das steht oft hinten an.«

THERAPEUT »Dann beobachten und überlegen Sie bis zu unserer nächsten Sitzung, was Sie ändern müssten, um Ihrem Herzen mehr Geltung zu verschaffen.«

In der *siebten Sitzung* ging es ihm schlechter. Er lasse sich hängen, nachdem eine Stellenbewerbung erfolglos geblieben sei. Ich führte eine ressourcenorientierte Umdeutung ein:

THERAPEUT »Angenommen, es würde sich in unseren Gesprächen herausstellen, dass keine Depression naht, sondern Sie nur deshalb unmotiviert sind, weil

Sie eine Besinnungszeit für Ihre Lebensplanung brauchen, welche Konsequenz hätte das?»

Patient »Wenn ich bewusst nichts machen würde, könnte ich mir das eingestehen.«

Zur letzten Hausaufgabe meinte er, er könnte seinem Herzen mehr Geltung verschaffen, wenn er sich jeden Tag einen festen Termin machen würde, an dem er mit sich ins Zwiegespräch gehe und reflektiere. Ich empfahl ihm, jeden Morgen fünf Minuten nachzudenken und sich zu fragen, was er an diesem Tag brauche, um zufrieden zu sein.

Es ging dann wieder gut in der *achten Sitzung*. Er hatte die letzte Aufgabe durchgeführt und auch Gespräche mit seiner Partnerin genutzt, um über sich zu reflektieren. Im Rückblick meinte er, die Therapie habe ihm Ankerpunkte gegeben, sich gut mit sich auseinanderzusetzen. Neue Hilfsmittel, wie zum Beispiel die Aufgabe, sich im Spiegel zu betrachten, hätten ihm gutgetan. Er wisse nun, dass die gute Seite seiner Depression sei, dass er dann bewusster mit sich umgehe und ins selbstbestimmte Handeln komme.

Zusammenfassung: In der Therapie wurde die Ambivalenz zwischen den Polen »Verstand, Wünsche des Vaters« und »Herz, eigene Bedürfnisse« bearbeitet. In der Vergangenheit hatte sich der Patient nur in der Manie den Wünschen des Vaters direkt entziehen können. Die Versuche, eigenen Bedürfnissen zu folgen, wurden durch sein schlechtes Gewissen gebremst. Die Funktion der Manie war die Abgrenzung vom Vater, die Funktion der Depression ein Signal, sich mehr um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern, und sei es nur durch die Zuwendung des Klinikpersonals. Dies deutlich zu machen (systemisch: als neues Narrativ einzuführen), verhalf ihm dazu, selbstbestimmter seinen Bedürfnissen zu folgen, ohne sich in der Manie abgrenzen zu müssen.

5.2.5 Ertragenlernen wechselnder Stimmungslagen

Manche Patienten haben Schwierigkeiten, mit den im Leben normalen Stimmungsschwankungen zu leben. Dann führen schon leichte Krisen in eine schwere Depression. Aus Angst vor einer depressiven oder manischen Episode beobachten sie sich ständig. Eine Patientin berichtete, seit sie die Diagnose einer bipolaren Störung bekommen habe, traue sie sich nicht mehr, glücklich zu sein; immer wenn sie Glück spüre, bekomme sie Angst vor einer Manie und bremse sich.