

BIPOLAR LEBEN

Claudia Höfner und Maria Theresia Rohrhofer

Zusammenfassung: BIPOLAR LEBEN

Der vorliegende Artikel befasst sich mit der bipolaren affektiven Störung als „Zeitkrankheit“ in zweifacher Hinsicht – auf psychopathologischer wie soziokultureller Ebene. Bei Menschen mit einer bipolaren affektiven Erkrankung entkoppelt sich leiblich die „Eigenzeit“ von der „Weltzeit“, anstelle von Synchronisierung und Resonanz tritt eine Desynchronisierung im Sinne von Akzeleration und Retardierung. Die Beschleunigung unserer Lebenswelt führt ebenfalls immer häufiger zu Entgleisungen der Zeitökonomie, was die Anpassungsfähigkeit vieler Menschen überfordert. Wie der Psychotherapeut, die Psychotherapeutin in der Praxis damit umgehen kann, wird anhand des Denkmodells der „Fünf Säulen der Identität“ aus der Integrativen Therapie dargelegt.

Schlüsselwörter: Bipolare affektive Störung, Depression, Manie, Zeitkrankheit, Integrative Therapie

Abstract: BIPOLAR LIVING

This contribution discusses bipolar affective disorder as disease of temporality in dual aspects – in psychopathological and sociocultural level. People suffering from a bipolar affective disorder decouple their inner time bodily from the external universal time, in place of states of synchronization and “resonanz” it gets down to states of desynchronization, that is, either acceleration or retardation of inner time in relation to external or social processes. The acceleration of our living environment increasingly leads to a derailment of the economy of temporality, and overburdens the ability to adapt for many people. On the basis of the theory of identity applied by integrative psychotherapy (Integrative Therapie), especially the model of the “five columns of identity”, this article shows therapeutic implications to deal with bipolar affective disorders and states of desynchronization.

Keywords: Bipolar Affective Disorder, Depression, Mania, Disease of Temporality, Integrative Therapy

Einleitung

„Bipolare Störungen treten häufiger auf als früher angenommen. Werden die sogenannten Bipolar-Spektrumserkrankungen mit berücksichtigt, so ist von einer Lebenszeitprävalenz von etwa fünf Prozent auszugehen“ (Kasper et al., 2013, S. 3). Bezüglich Verlauf und Schweregrad sind die bipolaren Spektrumserkrankungen eine sehr heterogene diagnostische Kategorie, die im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung zum Thema werden.

Affektive Störungen sind mit Abstand die häufigste neuropsychiatrische Ursache für durch Erkrankung verlorene gesunde Lebensjahre und stehen, unter allen Erkrankungen weltweit, an dritter Stelle in der Liste der Weltgesundheitsorganisation^[1]. Das bipolare Spektrum stellt mit einer Häufigkeit von bis zu 5 % der Bevölkerung eine bedeutsame Krankheitsgruppe der affektiven Störungen dar (Windhager & Zauner, 2014).

Es handelt sich bei einer bipolaren affektiven Störung um ein vielgestaltiges, multifaktoriell bedingtes Krankheitsbild, dessen Schweregrad und Verlauf stark variieren. Es gibt langjährig Erkrankte, die psychisch und sozial schwer beeinträchtigt und nicht, oder nicht mehr erwerbsfähig sind, andere wiederum sind beruflich durchaus erfolgreich und sozial gut integriert. Bei vielen ist die Erkrankung im Querschnitt der Beschwerdebilder nicht festzustellen, da sie sich in einem symptomfreien Intervall befinden, oder die Erkrankung in ihrem Vollbild noch gar nicht ausgebrochen ist.

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten/Patientinnen mit einer bipolaren affektiven Störung vor dem Hintergrund eines integrativ-therapeutischen Zugangs. Dem vorangestellt ist sowohl ein diagnostischer als auch ein gesellschaftlicher Rahmen. Im ersten Kapitel werden die unterschiedlichen Formen der Bipolarität beleuchtet. Das zweite Kapitel widmet sich der Depression und Manie als „Zeitkrankheiten“ und „Zeitdiagnosen“ (Fuchs, 2018, S. 171) und stellt eine Auseinandersetzung mit den Theorien des Psychiaters und Psychotherapeuten Thomas Fuchs dar. Im dritten Kapitel werden die bipolare affektive Symptomatik und psychotherapeutische Praxeologie anhand des Modells der „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold, 2003, S. 994-996) besprochen, wobei der Schwerpunkt auf der manischen Phase liegt, die in der ambulanten Praxis meist nur bei der Erstbegutachtung oder nach einer manischen Episode sichtbar ist.

Die vielen Gesichter der Bipolarität

Bis vor einigen Jahren wurde die bipolare affektive Störung als manisch-depressive Erkrankung, manisch-depressive Psychose oder manisch-depressives Irresein bezeichnet. Der

Terminus „manisch-depressives Irresein“ wurde Ende des 19. Jahrhunderts von dem deutschen Psychiater Emil Kraepelin in seinem Buch „Psychiatrie. Ein Handbuch für Studierende und Aerzte“ (1896) formuliert (Vollmoeller, 2006). Diese heute veraltete Bezeichnung weist auf den krankheitstypischen Stimmungswechsel hin. Durch die Bezeichnung „bipolar“ wurde versucht, den vorherrschenden Klischees in Bezug auf den vielseitigen Phasenverlauf der bipolaren Erkrankung entgegenzuwirken, da es definitiv nicht möglich ist, bipolare Störungen monokausal zu erklären (Bock & Koesler, 2005).

Marneros und Akiskal (2007) konnten etwa nachweisen, dass die Grenzen des bipolaren Spektrums sowohl nach „oben“ in Richtung Schizophrenie, als auch nach „unten“ in Richtung Persönlichkeitsstörungen elastisch und durchgängig sind. Es gibt jedoch auch innerhalb des bipolaren Spektrums zahlreiche Subgruppen: die als *Bipolar-I* bezeichnete klassische manisch-depressive Störung; die *Bipolar-II-Störung* mit mehreren Episoden einer Major Depression sowie mindestens einer hypomanischen Episode; die *gemischt-bipolare Störung* mit einem gleichzeitigen Auftreten von depressiven und manischen Symptomen; die *Rapid-Cycling Form* mit hoher Episodenfrequenz mindestens vier Mal pro Jahr; die *Zyklothymie* als chronische, lang andauernde, aber milde bipolare Störung; die, bisweilen rekurrente kurzdauernde *Hypomanie* mit Symptomen einer abgeschwächten Manie; die *Bipolar-III-Störung* als depressive Episode und substanzinduzierte hypomanische oder manische Episode (Marneros, 2013). „Die konzeptuelle Einteilung der bipolaren Störung in Bipolar I und Bipolar II“ (Assion, 2006, S. 66) nach Dunner, Gershon und Goodwin (1976) erweiterte „Klerman (1981, 1987) ... durch eine formale Systematik der Bipolar I bis VI-Erkrankungen“ (Assion, 2006, S. 66).

Weltweit leiden mehr als 30 Millionen Menschen an einer bipolaren Störung, sie gehört daher zu den 20 häufigsten Ursachen von Behinderung (World Health Organisation, 2004). In Europa erkranken bis zu 2 % der Bevölkerung einmal in ihrem Leben an einer bipolaren Störung, etwa die Hälfte davon an einer Bipolar-I-Störung (Pini et al., 2005). Die Diagnose ist bei Frauen und Männern gleich häufig, sie betrifft alle sozialen Schichten und ethnischen Gruppen (Merikangas et al., 2011). Am höchsten ist das Risiko einer Erkrankung bei jungen Erwachsenen, bei mindestens der Hälfte dieser Gruppe beginnt die Erkrankung vor dem 25. Lebensjahr (Kessler et al., 2005). Voderholzer und Hohagen (2014) beziffern die Lebenszeitprävalenz von Bipolar-I-Störungen auf 1%, jene von Bipolar-II-Störungen auf 1,1 % und die Summe aller bipolaren Störungen gesamt auf 3,9 % bis 4,4 %, wobei hier nur die Störungen Bipolar I bis IV erfasst wurden (Kessler et al., 2007; Merikangas et al., 2007). Die Punktprävalenz liegt bei 2,8 %. Das Erkrankungsalter liegt bei Bipolar-I-Störungen im Durchschnitt bei 18,2 Jahren bei Ausbruch der ersten (hypo)manen/depressiven Episode, bei Bipolar-II-Störungen im Durchschnitt bei 23,3 Jahren (Merikangas et al., 2007; Voderholzer & Hohagen, 2014).

Die *Bipolar-I-Störung* ist eine chronische, häufig syndromal und funktionell einschränkende psychiatrische Erkrankung, die durch wiederholte manische und depressive Episoden oder durch eine Mischung aus beiden gekennzeichnet ist. Die Manie in ihrem Vollbild wechselt sich oft mit mittelgradigen bis schweren Depressionen ab. Die extremen Stimmungen führen häufig zu Problemen im Alltag, können zwischenmenschliche Beziehungen schwer belasten und auch zerstören und in der Einengung bei hoher Impulsivität zu Suizidversuchen führen. Der ersten manischen Episode, die zur Diagnosestellung der Bipolar-I-Störung nötig ist, gehen häufig eine bis mehrere depressive Episoden voraus (American Psychiatric Association, 2000). Laut Simhandl und Mitterwachauer (2007) steht bei der Manie der klassische euphorische Gemütszustand im Vordergrund, der bei stärkerer Ausprägung auch mit psychotischen Zuständen einhergehen kann. Menschen mit Bipolar-I-Störung haben ein besonders hohes Risiko für Komorbiditäten. Eine Erhebung der Weltgesundheitsorganisation zur weltweiten psychischen Gesundheit, die „World Mental Health Survey Initiative“, ergab, dass zwei Drittel der Menschen mit bipolarer Störung auch an einer Angststörung leiden und mehr als ein Drittel einen Substanzmissbrauch aufweist. Trotz der schwerwiegenden Folgen erhält weniger als die Hälfte der Betroffenen eine adäquate Behandlung (Merikangas et al., 2011).

Der Begriff *Bipolar-II-Störung* wurde 1974 von Dunner und Fieve (1974) eingeführt, um eine eigenständige Kategorie zu definieren, die das volle Syndrom der Major Depression, aufweist, „aber – was das manische Element betrifft - nur nicht-hospitalisierungsbedürftige hypomanische Zustände“ (Marneros, 2013, S. 50) abbildet. Diese Kategorisierung ist zwar im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000) gelungen, nicht aber in der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, der ICD-10 (World Health Organization, 2018). In der Folge zeigte sich, dass diese Gruppe von bipolaren affektiven Störungen weiter verbreitet ist als ursprünglich angenommen. Angst et al. (2005) fanden heraus, dass sich die Prävalenzen definitionsabhängig bis zu 11 % zugunsten von Bipolar-II im Vergleich zu depressiven Erkrankungen verschieben. Die Bipolar-II-Störung weist höhere Komorbiditätsraten mit Rapid Cycling und anderen psychischen Störungen, wie Angststörungen oder somatischen Störungen, auf (Akiskal, 2003), ebenso finden sich laut Rihmer und Kiss (2002) hohe Suizidalität sowie häufige Mischzustände (Marneros, 2013). Die Tage bis Monate andauernden hypomanen Phasen werden von den Betroffenen als Erholung erlebt und nicht als krankheitswertig empfunden. Auf ihr soziales Umfeld wirken Menschen mit diesem Störungsbild als glänzende Unterhalter, sonnig-optimistische Menschen, die beruflich wie privat vor Tatendrang strotzen und sexuell sehr aktiv sind. Trotz des wenigen Schlafs fühlen sie sich kaum erschöpft (Simhandl & Mitterwachauer, 2007).

Bei *Bipolar-III* tritt die Hypomanie erst auf, „wenn es im Rahmen der Depressionsbehandlung mit Antidepressiva, Elektroheilkrafttherapie, Schlafentzugsbehandlung oder Lichttherapie zu

kurzen hypomanen ... ‚Nachschwankungen‘ kommt“ (Simhandl & Mitterwachauer, 2007, S. 32). Auffällig ist hier eine familiäre Häufung (Simhandl & Mitterwachauer, 2007).

Bei der *Bipolar-IV-Störung* „wechseln sich depressive Episoden mit einem [extrovertierten] hyperthymen Temperament ab“ (Simhandl & Mitterwachauer, 2007, S. 32), welches leicht mit einer Manie verwechselt werden kann. Der Krankheitsbeginn der Depression ist oft relativ spät, d. h. nach dem 50. Lebensjahr (Simhandl & Mitterwachauer, 2007).

Beim *Bipolar-V-Typ* leiden Menschen an rezidivierenden Depressionen und reagieren kaum auf Antidepressiva. Das Krankheitsbild erscheint unipolar, jedoch gibt es in der Familie gehäuft bipolar Erkrankte (Simhandl & Mitterwachauer, 2007).

Menschen mit einer Bipolar-VI –Störung sprechen ebenfalls nicht besonders gut auf Antidepressive an, manchmal verschlechtert sich ihr Zustand dadurch sogar. Diese Gruppe läuft aber Gefahr, frühzeitig eine Demenz zu entwickeln (Simhandl & Mitterwachauer, 2007).

Gemischt-bipolare Störungen verlangen das gleichzeitige Auftreten bzw. einen raschen Wechsel der vollen Symptomatik einer Major Depression mit einer Manie (DSM-IV, ICD-10). „Gemischt-bipolare Störungen sind sowohl theoretisch als auch klinisch interessante und schwierige Zustände“ (Marneros, 2013, S. 51). 30-40 % aller bipolaren Erkrankungen entsprechen dieser Definition, deren Prognose ist „ungünstiger im Vergleich zu reinen bipolaren Erkrankungen“ (Marneros, 2013, S. 52).

Als *Rapid Cycling* werden bipolare, seltener auch unipolare affektive Erkrankungen bezeichnet, die mindestens vier affektive Episoden in den vergangenen 12 Monaten aufweisen. Die Häufigkeit wird auf 5 – 20 % aller bipolaren Störungen geschätzt, wobei die höheren Zahlen aus spezialisierten Zentren stammen (Marneros & Goodwin, 2005) und repräsentative Studien fehlen. Frauen erkranken signifikant häufiger als Männer. 75 – 95 % aller Erkrankten sind weiblich, wobei alle anderen soziodemographischen Daten gleichverteilt sind (Marneros, 2013). Coryell et al. (2003) haben herausgefunden, dass Patientinnen und Patienten ein stark erhöhtes Suizidrisiko sowie einen hohen Grad an Depressivität aufweisen.

Depression und Manie als Zeitkrankheit

Dass Depressionen und Manien etwas mit einer Zeitlichkeit des Menschen zu tun haben, ist eine Einsicht, die bis auf die Antike zurückreicht. Chronos oder Saturn, der Gott der Zeit, war auch der Gott der Melancholie, der Schwere, der bleiernen Lähmung und des Stillstands. (Fuchs, 2013, S. 171)

Depression und Manie können und sollten als Zeitkrankheiten aufgefasst werden. Während bei der Depression die Zeit fließt und nicht vergeht, sondern fortwährend zur Schuld gerinnt (Kuiper, 1991), ist es bei der Manie die Antriebssteigerung, die Rastlosigkeit, die Betriebsamkeit, die Ideenflucht, begleitet von einem Wegfall der Hemmungen und Schuldgefühle, die einen Menschen sonst an seine Verpflichtungen, Versprechungen und somit an seine Vergangenheit binden. Depression und Manie sind nicht nur aufgrund einer Verzögerung bzw. Beschleunigung des Zeiterlebens als Zeitkrankheiten einzustufen, sondern auch, weil sie mit einer Abkoppelung von der gemeinsamen sozialen Zeit, einer Desynchronisierung einhergehen. Depression und Manie sind jedoch auch als Kultur- und Zeitdiagnose zu verstehen und machen gesellschaftliche Tendenzen der Gegenwart mit den dafür typischen Entkoppelungen in sozialen Zeitabläufen wie in einem Spiegel erkennbar (Fuchs, 2013).

Retardierung und Akzeleration: Störungen des Zeiterlebens

Der Mensch wird in der Integrativen Therapie von vornherein als Leib-Subjekt mit multimodaler Erkenntnisstruktur in Kontext und Kontinuum gesehen, d. h. ausgerichtet auf die Verwirklichung von Humanität. Der Weg dahin ist intersubjektiv und prozessual – in Ko-respondenz und Bezogenheit mit anderen Subjekten und der Welt – in einem lebenslangen, synergetischen Entwicklungsprozess. (Leitner, 2010, S. 139)

Leib und Kontext/Kontinuum sind nicht voneinander abzulösen, das Leibselbst ist aus anthropologischer Perspektive in gesellschaftliche Prozesse, die Geschichte, den Zeitgeist eingebunden (Leitner, 2010). Anton Leitner führt aus: „Das Selbst ruht in der kollektiven Leiblichkeit. Es ist von Beginn an ein Einzelnes und Allgemeines zugleich, ein ‚Selbst-für-sich-mit-anderen‘“ (Leitner, 2010, S. 143).

„Verlangsamungen und Beschleunigungen des Zeiterlebens lassen sich nicht isoliert feststellen, sondern nur im Verhältnis zwischen der Eigenzeit des Individuums und der Weltzeit, den Abläufen der gemeinsamen sozialen Welt“ (Fuchs, 2013, S. 172). Der Integrative Ansatz besagt des Weiteren, dass alles Sein Mit-Sein, Ko-existenz ist. Sein ist Bewegung, Mit-Bewegung und niemals losgelöst von Lebenszusammenhängen, einem lebens- und sozialweltlichen Bezug, d. h. von Kontext/Kontinuum abstrahiert zu begreifen (Petzold, 1993).

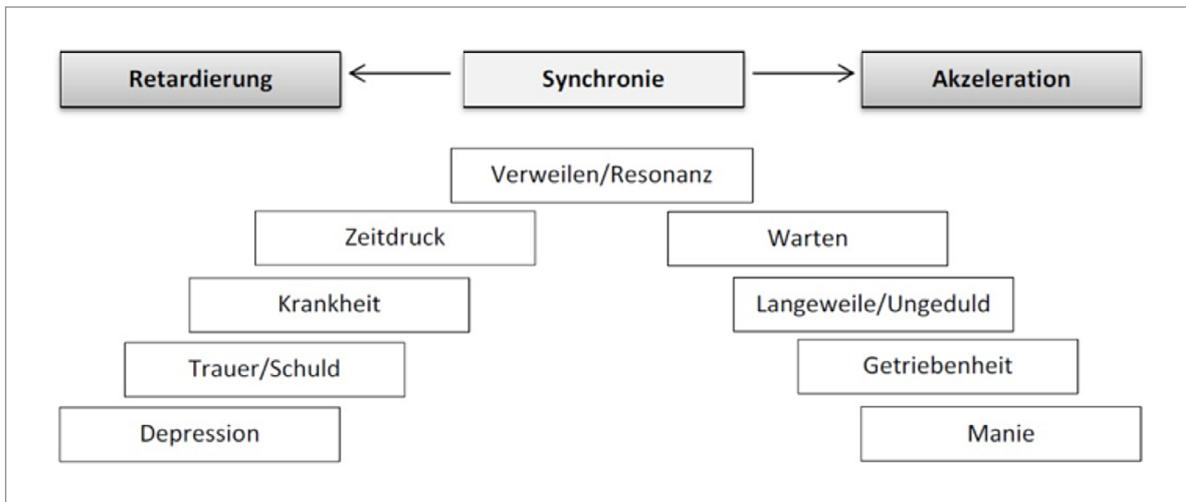
Wir alle sind als „Mit-Menschen, Schicksalsgenossen, *consortes*“ (Petzold, 2003, S. 95) tagtäglich auf vielfache Weise zeitlich gekoppelt oder synchronisiert. Dies bedeutet eine ständige Feinabstimmung der leiblichen und emotionalen Kommunikation mit anderen, ein Mitschwingen oder eine Resonanz (Fuchs, 2000). In der frühen Mutter-Kind-Dyade und im Welterleben des kleinen Kindes als Nachhall des intrauterinen Milieus primordialen Vertrauens ist die Erfahrung einer

gemeinsamen Existenz und Verbundenheit noch lebendig (Petzold, 1993). Die Kommunikation von Säugling und Mutter ist charakterisiert von rhythmisch-melodischen Interaktionen, wechselseitiger Resonanz von Mimik und Gestik, AffektAbstimmungen (Stern, 1998). Dieser sympathische Kontakt bestimmt unser frühestes Erleben (Fuchs, 2013).

Spürbar wird diese unbewusste grundlegende zeitliche Resonanz oft in Prozessen sozialer Synchronisierung, bei Tages- und Wochenregulierung, Terminabstimmungen, wechselseitigen Verpflichtungen, Absprachen und Koordinationen, die nur durch ein hohes Ausmaß an Selbstdisziplin und Selbstüberwindung einzuhalten sind. Vielfach treten im sozialen Miteinander Desynchronisierung auf, manchmal geht etwas zu schnell oder zu langsam. Dies betrifft sowohl Ereignisse als auch Handlungen anderer oder Veränderungen, die das soziale Leben mit sich bringt. „Wir können daher ein Zurückbleiben und ein Vorseilen der eigenen oder individuellen Zeit gegenüber der sozialen oder der Weltzeit unterscheiden, oder Retardierung und Akzeleration“ (Fuchs, 2013, S. 173).

Bei Übereinstimmung von Eigen- und Weltzeit empfinden wir Wohlbefinden oder eine erfüllte Gegenwart, in der wir ohne eigentliches Zeitbewusstsein verweilen und ganz im eigenen Tun oder in der Resonanz mit der Umwelt versunken sind. Die Beschleunigung der Eigenzeit gegenüber den äußeren Gegebenheiten macht hingegen ein Warten erforderlich, bei dem Gefühle der Ungeduld oder Langeweile auftreten können. Dies bedeutet „Leiden unter der Langsamkeit, dem Zurückbleiben der äußeren Zeit“ (Fuchs, 2013, S. 173). In pathologischen Fällen können sich Unruhe und Getriebenheit als weitere Akzeleration der Eigenzeit bis zur manischen Erregung steigern. Die Zeit des Individuums entkoppelt sich im Sinne einer Desynchronisierung weitgehend von den natürlichen und sozialen Rhythmen. Leidvoller wird in der Regel allerdings eine Retardierung der Eigenzeit erlebt. Statt zu warten, steht ein Mensch unter Zeitdruck, der aus einem Rückstand resultiert, welcher aufgeholt werden muss. Noch einschneidender sind „Krankheit als Nicht-mehr-Können, Erfahrungen von Verlusten in der Trauer, von Versäumnissen in der Schuld, die die Person in der Vergangenheit festhalten“ (Fuchs, 2013, S. 174). Diese Form der Desynchronisierung bezeichnen wir als Depression.

Zum besseren Verständnis hat Fuchs (2013) eine Grafik erstellt, die das Verhältnis von Eigenzeit und Weltzeit darstellt: Die Übereinstimmung von Eigen- und Weltzeit, die *Synchronie*, vermittelt Wohlbefinden und erfüllte Gegenwart, in welcher man ohne eigentliches Zeitbewusstsein in *Resonanz* mit der sozialen Umgebung *verweilen* kann.



Grafik 1: Verhältnis von Eigenzeit und Weltzeit (Fuchs 2013, S. 174)

Depression als Desynchronisierung

Tellenbach beschreibt im Sinne einer phänomenologisch-deskriptiven Psychopathologie bei depressiven Menschen den „Typus Melancholicus“ (1983) mit folgenden prämorbidem Persönlichkeitscharakteristika: einerseits eine prononcierte, penible Ordentlichkeit, andererseits einen überdurchschnittlich hohen Leistungsanspruch. Sowohl private Beziehungen als auch die Arbeitswelt werden weitgehend von diesen Charaktereigenschaften bestimmt. Wenn sich Irritationen innerhalb ihres Ordnungs- und Leistungssystems ergeben – und zwar Störungen in der Ordnung der Arbeitswelt wie auch Störungen in der Ordnung mitmenschlicher Bezüge und Situationen, in denen ihr Gewissen in besonderer Weise belastet ist und sie keinen Ausweg finden können, der mit ihrer Persönlichkeit stimmig ist, geraten sie in psychische Dekompensationen (Eckert, Hautzinger & Reimer, 2000). Pflichtorientierung, Normerfüllung und Ordentlichkeit bedeuten ständige Absicherung, Rückversicherung, „Synchronisierung“ mit anderen Menschen. Depressive Menschen geraten daher leicht in eine sogenannte „Remanenz“, d. h. in ein Gefühl, hinter ihren Aufgaben und Verpflichtungen zurückzubleiben, anderen etwas zu schulden, etwas zu versäumen, und reagieren äußerst empfindlich auf unerwartete, aversive Lebensereignisse. Dieses Herausfallen aus vertrauten sozialen Prozessen sowie Situationen der Desynchronisierung ist folglich ein wichtiger Auslöser für depressive Störungen. Situationen der Desynchronisierung können Verluste sein, Trennungen, Berufswechsel, Umzüge, Auszug der Kinder oder Pensionierung.

Der Depressive fühlt sich den Veränderungen nicht gewachsen, er bleibt innerlich zurück, an das Verlorene und Vergangene gebunden, oft unfähig, in einem Trauerprozess diese

Bindungen zu lösen und Abschied zu nehmen, um in anderer Weise oder an anderer Stelle neu zu beginnen. An die Stelle der Trauer und der Bewältigung tritt dann die Depression. (Fuchs, 2013, S. 174-175)

Fuchs (2013) unterscheidet hier zwischen einer physiologischen und einer psychosozialen Desynchronisierung. Bei einem Versagen der Bewältigungsleistungen wird ein psychophysiologischer Mechanismus ausgelöst, der aus einer weitgehenden Blockade und Lähmung besteht. Körperlich drückt sich dies aus in einer Verlangsamung bis hin zur Starre sowie einer Störung der biologischen Synchronisierung mit der Umwelt: Tagesperiodik mit Schlafstörungen, Morgentief, Appetitlosigkeit, Antriebs- und Kraftlosigkeit, bleierne Schwere, Störungen des Biorhythmus von Hormonen und Stoffwechsel sind hier zu nennen.

Die psychosoziale Desynchronisierung zeigt sich in einem sozialen Rückzug: „Depressive Patienten meiden die Umgebung mit ihren sozialen Zeitgebern. Sie stehen nicht mehr rechtzeitig auf, ihre Arbeiten werden von Anderen übernommen, wichtige familiäre Entscheidungen ohne sie getroffen. Vergebliche Versuche des Nachholens und Ausgleichens verstärken das Gefühl des Zurückbleibens“ (Fuchs, 2013, S. 175). Dies führt unweigerlich zu einem Verlust der Resonanz mit Anderen, die Schwingungsfähigkeit im unmittelbaren Kontakt, in Mimik, Gestik, Gefühlsabstimmungen mit anderen etc., geht verloren, der Ausdruck versteinert. Der Leib ist nicht mehr länger schwingungsfähig.

Im Integrativen Ansatz ist Resonanz konsequent vor dem Hintergrund des Leibbegriffes zu fassen, der Leib ist „als ‚Resonanzorgan‘ bezeichnet, das auf die Eindrücke aus der Umwelt ..., aber auch auf hochkommende Archivalien aus den Tiefen der eigenen Innenwelt ... reagiert und uns dadurch über uns selbst und die Umwelt informiert“ (Petzold, 2016). Resonanz ist demzufolge eine stets vorhandene, wenn auch nicht immer bewusste Qualität.

Resonanz liefert, dem Integrativen Ansatz folgend, in einer Situation, in einem aktuellen Erleben eine Erinnerung an einen im Leib gespeicherten Eindruck, der zum aktuellen Geschehen gehört oder dazu in Kontrast steht. Im Nachspüren der im Leib gespeicherten Eindrücke ergeben sich drei Ausrichtungen: (1) der aspektive Gegenwartsbezug (Phänomene) in Empfindung, Emotion, Kognition, Volition und Expression, (2) der retrospektivische Bezug in die Vergangenheit (Strukturen) im Nachempfinden, Nachspüren, Nachfühlen, Nachdenken und Nachsinnen und (3) der prospektive-antizipatorische Bezug (Entwürfe) im Vorausschauen, Planen, Entwerfen und Imaginieren. Menschen haben das intrinsische Bedürfnis nach Verbundenheit. Mit der Schwingungsfähigkeit des Leibes können Menschen sowohl die Verbundenheit als auch das „Ausgeschlossen-Sein“ fühlen (Mogorovic, 2017).

Eine Depression ist der sichtbare Ausdruck der Erstarrung des Betroffenen im Kontrast zur Lebensdynamik der Umwelt und signalisiert der Umgebung, dass der Betroffene nicht mehr belastbar und damit von den gemeinsamen Zeitabläufen desynchronisiert ist. „Depressive erleben generell eine Zeitdehnung Ihre Eigenzeit verlangsamt sich und bleibt zurück, während die äußere Zeit über sie hinweg läuft“ (Fuchs, 2013, S. 176). Damit bleibt dem Depressiven auch die Zukunft versperrt, denn er kann das Gewordene nicht mehr überschreiten und hinter sich lassen. „Statt neue Möglichkeiten in der Zukunft zu suchen, hält er vielmehr am Irrealis, der Möglichkeitsform der Vergangenheit fest: ‚Hätte ich doch dieses oder jenes nicht getan, hätte ich mich anders verhalten‘, wie die häufigen Klagen lauten“ (Fuchs, 2013, S. 176). Damit verstärkt sich die eingangs erwähnte Schuld, alles Versäumte aktualisiert sich auf einen Schlag. Zahllose Fehler und Versäumnisse drängen sich ins Bewusstsein, die Schuld ist irreparabel geworden.

Mit fortschreitender Hemmung kommt schlussendlich die Lebensbewegung ganz zum Erliegen (Fuchs, 2013). Denn Sein ist Bewegung, Mit-Bewegung (Petzold, 1993).

Der Depressive ist aus der gemeinsamen Zeit herausgefallen. Er lebt buchstäblich in einer anderen, einer zähflüssigen Zeit. Die Weltzeit, die Zeit der Anderen läuft an ihm vorüber wie ein fortwährender Zuruf: „Vorbei!“ Die vollständige Entkoppelung von der gemeinsamen Zeit ist offenbar nur mit dem Ausdruck des Lebendig-Gestorbenseins beschreibbar. (Fuchs, 2013, S. 177)

Manie als Desynchronisierung

Bei der Manie tritt an die Stelle von depressiver Schwere, Hemmung, Verlangsamung das polare Gegenbild, nämlich Leichtigkeit, Enthemmung, Beschleunigung. Während der Depressive in der Zeit zurückfällt, eilt der Manische voraus. Statt über die vergebenen Möglichkeiten der Vergangenheit zu klagen, verliert sich der Maniker in den schier unbegrenzten Möglichkeiten, die vor ihm liegen (Fuchs, 2002). „Er kann die Zukunft nicht mehr erwarten, sondern muss sie in Angriff nehmen und erobern“ (Fuchs, 2013, S. 177).

Spürbar wird die Desynchronisierung zwischenleiblich im unmittelbaren persönlichen Kontakt: Der Maniker redet zu viel, zu laut, zu schnell. Selbst Menschen in einer hypomanen Phase kennzeichnen sich durch ihre gesteigerte Aktivität, ihre Schlaflosigkeit, ihr rastloses Wesen, ihre Geselligkeit und ihren übertriebenen, lauten und schnellen Redefluss. Sie muten in ihren Gedanken und Tätigkeiten unerschöpflich an und strotzen nur so vor Selbstbewusstsein und Lebensfreude. Oft wirken sie etwas distanzlos und ohne Berührungängste, jedoch wird dies vom sozialen Umfeld meist nicht sofort wahrgenommen und somit nicht in Verbindung mit einer Erkrankung gebracht. Allerdings liegen trotz der positiven Gefühle der betroffenen Person Reizbarkeit und

Euphorie nicht weit auseinander und Stimmungen drohen leicht zu kippen (Kasper & Hauk, 2006). „In der Manie beschleunigt sich ... die Lebensbewegung und überholt die soziale oder Welt-Zeit so dass der Maniker nur noch im flüchtigen Vorbeigehen mit der Welt und den Anderen in Kontakt kommt“ (Fuchs, 2013, S. 178). Im manischen Vollbild kommt es zu exzessiven Geldausgaben bis zu regelrechtem Konsumrausch. Nichts lässt sich nachhaltig verfolgen oder zu Ende bringen. Stattdessen dreht sich der Maniker auf der Stelle ohne wirkliche Effektivität.

Auch bei der Manie lässt sich eine Störung des Zeiterlebens experimentell bestätigen: In Zeitschätzungsstudien erleben hypomane oder manische Patienten/Patientinnen eine Zeitverkürzung (Bschor et al., 2004).

Der Maniker missachtet die natürlichen Rhythmen, die sich seiner Beschleunigung entgegenstellen, und verdrängt die zyklische Zeit des eigenen Leibes und der äußeren Natur. Er vernachlässigt die biologischen Tagesrhythmen zugunsten seiner gleichförmigen, linear beschleunigten Zeit. Auch hier gibt es eine physiologische Desynchronisierung der circadianen Periodik, wodurch leibliche Bedürfnisse ignoriert werden und zwar solange, bis alle Ressourcen – biologisch wie sozial – verbraucht sind und die Manie in die Depression umschlägt. „Die einmal eingetretene Desynchronisierung führt dann nicht mehr zurück zur Synchronizität, sondern schlägt in ihr Gegenteil um, in die depressive Retardierung und Zeitentkoppelung“ (Fuchs, 2013, S. 178).

Simhandl und Mitterwachauer (2007) betonen, dass mit den passenden Mitteln die Gefahr eines Ausbruchs oder Rückfalls in eine manische Episode häufig aufgehalten werden kann. Genügend Schlaf und die Rückkehr in einen geregelten Tagesrhythmus sowie eventuelle medikamentöse Unterstützung werden hierbei angewandt.

Depression und Manie als Zeitdiagnosen

Wird der soziologische Hintergrund affektiver Störungen betrachtet, etwa die Zunahme depressiver Erkrankungen in den modernen Industrienationen, so stellt sich die Frage, ob dies mit der zunehmenden Beschleunigung aller Lebensbereiche zu tun haben könnte. Ist dieser Anstieg ein zeitdiagnostisches Indiz, das uns Aufschluss über eine Sozialpathologie moderner Gesellschaften gibt (Heim, 2005)? Thomas Fuchs fragt aus soziokultureller Sicht: „Könnte es sein, dass der Depressive mit seiner Krankheit auch ein Opfer eines kollektiven Geschwindigkeitsrausches ist und damit die Grenzen der Beschleunigungsfähigkeit des Menschen anzeigt?“ (Fuchs, 2013, S. 178)

Laut Karl Marx ist alle Ökonomie eine Ökonomie der Zeit, d. h. Gesellschaften lassen sich immer auch gemäß ihrem objektiven Zeithaushalt und, sozialpsychologisch betrachtet, nach

der Assimilation der Individuen an diese Ökonomie charakterisieren. Bei der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert kam es zu einer Spaltung der Zeitökonomie, zu einem Bruch im bislang synchronisierten Zeitgetriebe zwischen „Geschichtszeit“ und technologisch beschleunigter „Verkehrszeit“^[2] (Heim, 2005). Diese „zerbrochene Zeit setzt eine Abkoppelung der Gegenwart von der Vergangenheit in Gang, die von einer manischen Dynamisierung des Fortschritts und einer nostalgischen Rückwärtsgewandtheit begleitet wird“ (Heidbrink, 1997, S. 13). Bereits damals wurde das psychische Leiden unter der Beschleunigung vielfach in ärztlichen und kulturkritischen Fachkreisen thematisiert, von Künstlern/Künstlerinnen, Literaten/Literatinnen und Intellektuellen wahrgenommen.

Fuchs weist in diesem Zusammenhang „auf eine gleichsam bipolare Befindlichkeit der Gesellschaft“ (2013, S. 180) zur Zeit des Fin de Siècle hin, „die ihren wohl beklemmendsten Ausdruck in der anfänglichen Euphorie und der späteren nihilistischen Depression des I. Weltkriegs fand“ (Fuchs, 2013, S. 180). Der Autor spricht von einem Schwanken zwischen enthemmter Euphorie und Siegestaumel einerseits, sowie von abgründiger Verzweiflung und Todessehnsucht auf der anderen Seite.

Die Zunahme an depressiven Erkrankungen in europäischen Ländern mit dem Industrialisierungsschub wurde erstmals in den 1950er und 1960er Jahren wissenschaftlich nachgewiesen: Hagnell, Lanke, Rorsman und Öjesjö (1982) fragen sich bereits zu Beginn der 1980er Jahre, ob wir durch den Anstieg depressiver Erkrankungen über fünfundzwanzig Jahre hinweg das Zeitalter der Melancholie betreten. Studien aus dieser Zeit belegen, dass die Häufigkeit depressiver Erkrankungen in den USA von 1945 und 1990 um das Zehnfache angestiegen ist, wobei veränderte „Diagnose-Gewohnheiten“ hierbei auch eine Rolle spielen (Cross National Collaborative Group, 1992; Weissman & Klerman, 1978). Marschall, Hildebrandt, Sydow und Nolting belegen in der „Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten“ (2017) nach psychischen Krankheitsarten, dass die weitaus meisten Fehltag in Deutschland durch Depressionen verursacht werden.

Unsere Zeit ist gekennzeichnet von zunehmender Arbeitsverdichtung und diskontinuierlichen Erwerbskarrieren, geprägt von der Erosion der Normalarbeitszeitverhältnisse, die nach flexiblen Arbeitskräften sucht, welche sich ständig den wechselnden Anforderungen des Marktes anpassen haben. Die Depression bedeutet nach Fuchs (2013) die Kapitulation vor den gesellschaftlichen Erwartungen unserer Zeit. Gemeint sind damit psychische und affektive Flexibilität, Dynamik und Veränderung, schnelle Reaktion und Handlungsfähigkeit, insgesamt ein großes Anpassungsvermögen an eine Welt, die ihre Beständigkeit verliert. Die Depression „wird zur Epidemie der Erschöpften, die sich ihr Zurückbleiben als mangelnde Flexibilität und Belastbarkeit, als individuelle Schuld zuschreiben. Ihnen steht auf der anderen Seite eine Schicht von Leistungsträgern gegenüber, die die manische Beschleunigung in allen Lebensbereichen vorantreiben“ (Fuchs, 2013, S. 182). In diesem Zusammenhang sei auch der Begriff der „Dromokratie“

des Philosophen Paul Virilio erwähnt, der bereits in den ausgehenden 1970er Jahren den westlichen Gesellschaften eine Entfesselung der Geschwindigkeit attestierte und die gesellschaftliche „Herrschaft des Wettlaufs“ (Virilio, 1978, 1980) beschreibt, die keinen Stillstand kennt, kein Verweilen, keine Aktivitätshemmung duldet und deren oberste Gebote lauten: unentwegte Aktivität, technischer Fortschritt, Wirtschaftswachstum (Fuchs, 2013).

Wenn wir diese gesellschaftliche Zeitanalyse auf das Integrative Konzept des Menschen als Leibsubjekt in Kontext und Kontinuum anwenden, dann wird klar, dass sich die Spuren ganzheitlich erlebter Ereignisse, die einst dem menschlichen Leib und den Lebensprozessen angemessen waren, längst verselbstständigt haben.

Die Geschwindigkeit des Lebendigen wird abgelöst von der Geschwindigkeit des Unbelebten, nämlich der Daten, Bilder und Finanzströme, die sich beliebig beschleunigen lassen. Die explosionsartige Beschleunigung des Verkehrs lässt zwar auch für den Menschen die Entfernungen schrumpfen, aber um den Preis, dass nun das *Nahe* nicht mehr wahrgenommen wird. Die Beschleunigung in der Zeit führt zu einem Verschwinden des Raumes, in dem man verweilen, *sein* kann. Es entsteht eine unruhige Aufenthaltslosigkeit, eine „zielstrebige Ziellosigkeit“. Die erstrebten Ziele verlieren schon bei der Annäherung ihren Reiz, so als ahnte man die wiederum ausbleibende Erfüllung schon voraus. (Fuchs, 2013, S. 182)

Die Integrative Therapie geht von einer Verwobenheit des lebenslang lernenden Menschen mit der Welt aus. Der Mensch ist sein Leib und damit ist seine Existenz eine Zeitliche. „*Mein Leib ist meine Zeit*“, schreibt Petzold (2003, S. 299). Der Leib lebt in den ihm eigenen zeitlichen Rhythmen, wie schlafen, wachen, etc.; damit hat Zeit eine Dimension vor aller Reflexion. Der Leib als zwischenleibliche Geschichte speichert und dokumentiert den Prozess des gelebten und erlebten Lebens. Petzold benennt dies mit den Begriffen „Leibarchiv“ und „informierter Leib“ (Petzold, 2006). Das Erleben der Zeit kann folglich nicht vom Erleben der Welt getrennt werden. Wie Leib und Welt verschränkt sind, so verschränken sich auch Lebenszeit, bzw. Eigenzeit, und Weltzeit. Das Zeitreglement der Moderne unter dem Motto „Zeit ist Geld“ richtet sich nach überwiegend ökonomischen Zielsetzungen. Dieser ungemeine Zeitdruck hat zu einer Verknappung der sozialen Zeit geführt, die zu Entfremdung führt. Ehrenberg (2004) spricht „Das erschöpfte Selbst“ an, das von der Dynamik der modernen Gesellschaft überfordert ist.

Laut Thomas Fuchs treffen wir hier auf eine eigentümliche Dialektik:

In Gesellschaften, die von einer Beschleunigung von Konsumption, technischer Kommunikation und Mobilität geprägt sind, nehmen die Erfahrungen von Sinnerfüllung und Nähe offensichtlich eher ab. Eine Gesellschaft, die eine immer größere Vielzahl von Wünschen

weckt und suggeriert, sie alle erfüllen zu können, führt zu immer mehr Frustration. Ihre suchartige Grundstruktur entwertet die Erfahrungen und beraubt sie ihres Sinns. Daher wird ein Typus der Zeiterfahrung bedeutsam ... als Ausdruck der Beschleunigung der Eigenzeit ... nämlich die *Langeweile*. (Fuchs, 2013, S. 182-183)

Unter Langeweile ist hier nicht nur gehemmt, untätiges Warten zu verstehen, sondern die „unterschwellige Langeweile der leeren Betriebsamkeit, der Hyperaktivität, in der das Subjekt im Grunde seiner eigenen Tätigkeiten und Genüsse entfremdet ist. In dieser leeren Hyperaktivität liegt bereits ein Moment von Sinnverlust und Depressivität“ (Fuchs, 2013, S. 183).

Um diese latente Depressivität abzuwehren, sind alle Mittel willkommen und erlaubt: „Rauschhafte Vergnügungssucht ebenso wie ‚Workaholismus‘“ (Fuchs, 2013, S. 183). Der Autor geht davon aus, dass alle Formen von Sucht aus dieser existenziellen Langeweile resultieren. Dabeisein ist im allgegenwärtigen Wettlauf alles. Das Individuum ist bereit, alles zu geben, „um nicht depressionsbedingt aus dem Rennen zu scheiden“ (Fuchs, 2013, S. 183) und auf der „depressive(n) ‚Schattenseite der dromokratischen Gesellschaft‘“ (Fuchs, 2013, S. 183) zu landen. Eine Antwort darauf liefert laut dem französischen Soziologen Alain Ehrenberg bereits die biologische Psychiatrie gemeinsam mit der pharmazeutischen Industrie: „Wir werden mehr und mehr mit Psychopharmaka leben, die die Stimmung verbessern, die Selbstbeherrschung erhöhen und vielleicht auch die Schrecken der Existenz abmildern“ (Ehrenberg, 2004, S. 5).

Es wird aller Voraussicht nach immer häufiger zu Desynchronisierungen und Entgleisungen der Zeitökonomie kommen, da die Beschleunigung unserer Lebenswelt, der Weltzeit, die Anpassungsfähigkeit vieler Menschen überfordert:

Immer mehr Menschen erkranken seelisch und körperlich an ihrer Arbeit, soziale Bindungen zerfallen als Folge der Hypermobilität, während gleichzeitig millionenfach Arbeitskräfte dauerhaft brachliegen, weil sie von der ständig beschleunigten Maschinerie nicht mehr genutzt werden können. So entwickelt sich in den westlichen Gesellschaften zunehmend eine bipolare Kluft zwischen dem depressiven und dem manischen Pol, die sich auf unterschiedliche soziale Gruppen und Schichten verteilen. (Fuchs, 2013, S. 183)

Der deutsche Soziologe und Politikwissenschaftler Hartmut Rosa (2016), der die fortschreitende Beschleunigung^[3] und Schnelllebigkeit der Moderne in den Blick seiner soziologischen Untersuchungen nimmt, stellt die These auf, dass die zunehmende Beschleunigung Ergebnis eines Prozesses und zudem ein Katalysator ist, der eine generell lebensfeindliche Entwicklung und mit ihr die multiple Entfremdung der Menschen unterstützt und vorantreibt, die ihrerseits Teil der Welt sind und nur als Teil der Welt ein lebendiges Leben leben können. Rosa stellt die Resonanz als Mittel gegen die multiple Entfremdung: „Wenn Beschleunigung das Problem ist, dann ist

Resonanz vielleicht die Lösung“ (Rosa, 2016, S. 13). Mögliche Bezugspunkte solcher Resonanzen sind ubiquitär und werden in drei grundlegenden Dimensionen dargestellt:

1. Horizontale Resonanzachsen, die soziale Beziehungen zu anderen Menschen umfassen, wie etwa Freundschaften, Intimbeziehungen oder politische Beziehungen
2. Diagonale Resonanzachsen, die Objekt-Beziehungen zur Dingwelt, zur Welt, zum Dasein und Arbeit subsumieren.
3. Vertikale Resonanzachsen, die Beziehungen zu den großen Kollektivsingularen bezeichnen, wie zum Beispiel Religion, Natur, Kunst, Geschichte (Rosa, 2016).

In all diesen Zusammenhängen sind nachdrückliche Erfahrungen möglich, die das Leben als intensive Begegnung oder Beziehung um seiner selbst willen erfahrbar machen.

Phänomenologie einer beginnenden manischen Phase

Jede affektive Phase ist per definitionem ein prozesshaftes Geschehen, wobei der Verlauf im Einzelfall multifaktoriell bedingt ist. Wird die depressive Richtung aus dem Kontinuum affektiver Störungen in dem Artikel „Depression aus Sicht der Integrativen Therapie“ (Reichel, Brunner, Enk, Jobst & Magdowski, 2018) in dieser Ausgabe der Resonanzen behandelt, soll im Folgenden das Hauptaugenmerk auf der manischen Seite bipolarer affektiver Störungen liegen.

Eine Phase kann als hypomane, also nicht voll manische Phase, beginnen und wieder abklingen, wenn sich externe und interne Rhythmen stabilisierend auswirken, wie beispielsweise ein geregelter Tagesablauf, Nachtschlaf, strukturierende Aufgaben oder verordnete Medikation. Manchmal werden mild verlaufende hypomane Phasen erst im Nachhinein als solche erkannt, beispielsweise im Rahmen einer ausführlichen Anamnese anlässlich eines Arzt- oder Psychotherapeutenbesuches wegen einer später aufgetretenen depressiv getönten Symptomatik.

Wenn eine maniforme Phase nicht frühzeitig abflaut, sondern „Fahrt aufnimmt“, nimmt ihre Beeinflussbarkeit rasch ab. Zunächst verhält sich die betroffene Person nicht in jedem Kontext auffällig. Dort, wo es geschieht, sind Konflikte vorprogrammiert.

Bipolare affektive Störungen manifestieren sich üblicherweise in allen Lebensbereichen des betroffenen Menschen und zeigen dort ihre Symptomatik. Zur Erfassung des Schweregrades der Erkrankung und der Stabilität bzw. Brüchigkeit einer Person zu einem gegebenen Zeitpunkt eignet sich das Konzept der Persönlichkeitstheorie und des Leibes der Integrativen Therapie. Der Leib wird „bimodal als Erlebensweise und Erlebtes begriffen (erlebt sich selbst und wird von

anderen erlebt), steht in Szenen und erlebt szenisch, ist umgeben von Atmosphären, die ihn beeinflussen und zu denen er beiträgt“ (Leitner, 2010, S. 141-142).

Insbesondere das Modell der „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold, 2003, S. 994-996) kann hierbei erhellend sein. Identität konstituiert sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum, sie erwächst aus einem Miteinander in sozialen Netzwerken in mutualen Prozessen. Sie entsteht dialektisch und prozessual über die Zeit hinweg in Übereinstimmung von Selbstidentifikation (Selbstattribution) und Identifizierung durch andere (Fremdattribution) sowie deren kognitiver Bewertung (*valuation*) und emotionaler Bewertung (*appraisal*).

Die vor dem Hintergrund biografischen Selbst- und Kontextwissens kognitiv wahrgenommenen und emotional bewerteten Selbst- und Fremdattributionen werden verinnerlicht. So entsteht in komplexen Prozessen der Identitätsarbeit aus einer „Hermeneutik des Subjekts“ eine personale, eine offene, nicht lineare, pluriforme (eben eine „transversale“) Identität. (Leitner, 2010, S. 145-146).

Diese Identität ruht nach Hilarion G. Petzold auf fünf Säulen, nämlich (1) Leiblichkeit, (2) Arbeit, Leistung und Freizeit, (3) Materielle Sicherheiten und milieu-ökologische Bezüge, (4) Soziale Netzwerke sowie (5) Wertorientierungen, weltanschauliche und religiöse Überzeugungen (Petzold, 2003). Anhand dieser Identitätssäulen gelingt es, gut zu erfassen, in welchen Lebensbereichen bereits Destabilisierung eingetreten ist, aber auch, wo Ressourcen vorhanden sind.

Diese fünf Lebensbereiche können im Gespräch mit dem Patienten/der Patientin gemeinsam erfasst und beschrieben werden. Anhand dieser Säulen soll zunächst die Symptomatik einer sich aufbauenden manifformen Krankheitsphase beschrieben werden. Eine solche kann affektiv unterschiedlich getönt sein: manisch angehoben, später oft auch manisch dysphor oder manisch psychotisch. Zu Beginn zeigen sich hypomane Symptome, die sich in unterschiedlicher Geschwindigkeit zu einem Vollbild entwickeln können, aber nicht müssen. Dabei ist immer im Blick zu behalten, ob die Person manisch angehoben, manisch dysphor oder manisch psychotisch ist und wie schnell die Symptomatik schwankt.

Leiblichkeit

Unter „Leib“ versteht man in der Integrativen Therapie den „beseelten“ Körper, er ist eine „transmaterielle“ Größe, die über das Materielle hinausgeht. Der Leib ist die Gesamtheit aller motorischen, emotionalen, geistigen, sensorischen und sozial-kommunikativen Stile in ihrer gegenwärtig beabsichtigten Beziehung mit dem Umfeld (Leitner, 2010; Petzold, 2003). Wie bereits vorab erwähnt, ist der Begriff Leib mit dem Begriff der Zeit verbunden: „Leiblichkeit ist

Zeitlichkeit“ (Petzold, 2003, S. 1066). Der Leib als Synergem von bio-psycho-sozio-ökologischen Prozessen ist mit der Vorstellung von Subjekthaftigkeit und Personalität verbunden.

Jede Lach- und Gramfalte, die Charakteristik von Mimik, Gestik, Haltung zeigen das „Wesen eines Menschen“. Kulturspezifische Körpersprachen, genderspezifischer leiblicher Habitus, eingefleischte Gewohnheiten, soziale Rollen, die Menschen „in Fleisch und Blut“ übergegangen sind, weil sie ihnen in Sozialisationsprozessen „auf den Leib geschrieben“ wurden, machen deutlich, daß Leiblichkeit und Persönlichkeit, Zwischenleiblichkeit und Sozialität aufs engste verschränkt sind. *Das Leibsubjekt lebt in Zwischenleiblichkeit.* (Petzold, 2003, S. 1067).

Der Leib, den wir *haben* und der wir *sind*, ist Grundlage unserer Existenz, Ort unseres Zeit-Erlebens, Basis für Gesundheit und Leistungsfähigkeit, aber auch für Krankheit und Schmerzen. Unsere Emotionen und Affekte, unsere Gedanken, unsere Bilder von uns selbst, unser Wollen und auch unsere Interaktionen mit unseren Mitmenschen können nicht losgelöst von unserem Leib verstanden und beschrieben werden.

Menschen in maniformen Phasen sind auf der leiblichen Ebene im Allgemeinen hoch auffällig. Der Antrieb ist gesteigert, was sich im Redefluss wie in der Motorik zeigt. Der Tag-Nacht-Rhythmus ist gestört, die Betroffenen kommen abends kaum zur Ruhe, brauchen subjektiv auch nur wenig Schlaf, sie haben „Besseres zu tun“! Viele Einfälle führen zu mehreren Projekten gleichzeitig, diese sollen umgesetzt werden, da sie meist – wenn es geschäftliche Ideen sind – hohen Profit versprechen. Das Gefühl von Kraft und Wohlbefinden verleitet häufig zu sonst wesensfremden Verhaltensweisen wie riskantem Fahrverhalten, Verschuldung, Sorglosigkeit im Umgang mit Sexualität, Konsum von Alkohol und anderen Substanzen et cetera. Das persönliche Tempo wird immer schneller, wobei weder Krankheitsgefühl noch Krankheitseinsicht bestehen. Zu diesem Zeitpunkt sind die Angehörigen meist schon stark beunruhigt.

Soziale Netzwerke

Mit unserem Leib verkörpern wir Rollen und sind in soziale Netzwerke eingebunden, welche uns wiederum Rollen zuschreiben, die wir verkörpern. „Das soziale Netzwerk, unser soziales Atom, ist für unser Identitätserleben Voraussetzung. Identität wird über den Kontakt zu anderen Menschen hergestellt, in Begegnungen ausgebaut und in der Beziehung stabilisiert“ (Leitner, 2010, S. 148). Unser soziales Netzwerk wird nachhaltig bestimmt von den Menschen, die uns wichtig sind, „mit denen wir zusammen leben und arbeiten, auf die wir uns verlassen können, Menschen, für die auch wir da sein können und denen wir etwas bedeuten“ (Petzold, 2003, S. 995). Für Partnerschaft und Familie sind manische Phasen eines Angehörigen enorm belastend: Der

Alltag kann nicht mehr geordnet bewältigt werden, weil ständig Unvorhersehbares passiert. Der Rhythmus geht verloren, es gibt keine Verlässlichkeit mehr, stattdessen kommt es zu nächtlichen Rede-Tiraden, zu alkoholisiertem Nachhausekommen und vielem mehr.

In dieser Situation ändert sich häufig die Stimmungslage des Betroffenen. Die anfangs gehobene Stimmung kippt zunehmend, der/die Patient/in wird dysphor, gereizt, es gibt Streit auch wegen des Vorschlags, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die zunehmend im Raum stehenden Impulsdurchbrüche machen Angst. In diesem Stadium werden die erweiterte Familie und der Freundeskreis um Hilfe ersucht, und manchmal gelingt dann doch das Hinzuziehen eines Arztes, einer Ärztin. Das berufliche soziale Netz kann zu diesem Zeitpunkt meist nur noch wenig unterstützen, da mangels Arbeitsfähigkeit nur noch wenige Kontakte bestehen.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass es vor allem zu Beginn maniformer Phasen nicht selten zu neuen Bekanntschaften kommt, die zunächst fasziniert sind und sich dann zunehmend zurückziehen.

Arbeit, Leistung und Freizeit

„Im leibhaftigen Handeln, in der Arbeit gestaltet der Mensch sein Leben und seine Umwelt. In seinem Tun verwirklicht er sich“ (Leitner, 2010, S. 149). Das Geleistete und Geschaffene bietet Raum für Selbst- und Fremdzuschreibungen, Identifikationsmöglichkeiten und von außen gesehene und entsprechend bewertete Identifizierung durch andere (Leitner, 2010). „Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen, Arbeitszufriedenheit, Erfolgserlebnisse, Freude an der eigenen Leistung, aber auch entfremdete Arbeit, Arbeitsbelastung, überfordernde sowie erfüllte oder fehlende Leistungsansprüche bestimmen unsere Identität nachhaltig“ (Petzold, 2003, S. 995). Weiters werden wir in unseren beruflichen Rollen, Leistungen und Statuszuschreibungen gesehen, wertgeschätzt oder auch negativ beurteilt (Petzold, 2003).

Während des Beginns einer maniformen Phase fühlen sich die Betroffenen meist voller Elan und Energie, sie sind begeistert und wirken begeisternd, können andere mitreißen. Gleichzeitig sind sie leicht ablenkbar durch Eindrücke jeglicher Art, die dann wieder zu neuen Ideen führen. Der Sprachfluss nimmt zu, das Zuhören gelingt immer weniger, die Pünktlichkeit leidet. Im weiteren Verlauf gelingt das Sich-Fokussieren immer weniger. Die Konzentrationsfähigkeit nimmt ab, Vereinbarungen und Termine werden vergessen, und auch der Umgang mit Kollegen/Kolleginnen wie Kundschaft wird zunehmend konfliktuell. Die manische Person wird zunehmend auffällig am Arbeitsplatz. Hilfsangebote und Gespräche werden abgelehnt, manchmal auch paranoid gedeutet. Wenn es dazu kommt, dass vom Arbeitsplatz aus die Rettung gerufen wird, ist das manische Geschehen oft schon so eskaliert, sodass ein längerer Krankenstand von Wochen bis Monaten die Folge ist.

Materielle Sicherheiten und milieu-ökologische Bezüge

Ökonomische Sicherheit und ökologisches Eingebundensein, Nahrung, Güter, Wohnung bilden nicht nur Stützen für die Säule der Leiblichkeit, sind nicht nur Voraussetzung für die soziale Zugehörigkeit, sondern sie sind auch für die Zuschreibung, die Identifizierungsmöglichkeit des gesellschaftlichen Umfeldes von Bedeutung. (Leitner, 2010, S. 150-151)

Materielle Sicherheiten wie beispielsweise Einkommen oder Besitz, sind wesentlich. „Fehlende materielle Sicherheiten belasten unser Identitätserleben schwer“ (Petzold, 2003, S. 996).

In der Selbstüberschätzung einer manischen Phase entgleitet der Bezug zu realen Werten. Geld wird unermesslich großzügig verborgt, verschenkt, verspielt. Berufliche „Projekte“ werden eingegangen, in der Überzeugung, enormen Profit zu erzielen. Dimensionslos werden eigentlich nicht leistbare Anschaffungen sowie die Finanzierung eines sonst nicht gelebten Lebens getätigt, wodurch die Angehörigen massiv mit-betroffen sind. Nicht selten erkranken junge Erwachsene in einer Lebensphase, in welcher die eigene junge Familie durch das Verhalten des/der Erkrankten destabilisiert wird.

Wertorientierungen, weltanschauliche und religiöse Überzeugungen

Werthaltungen werden in erster Linie gesellschaftlich vermittelt, jedoch persönlich angenommen und verkörpert. Gelebte Werte wirken:

Die Säule der Werte kann besonders in Krisenzeiten entscheidend sein. Wenn sie kräftig gebaut und entwickelt wurde, kann sie für das Identitätserleben eine immense Tragkraft gewinnen. Die Wertesäule kann den Menschen in seiner Identität noch tragen, wenn andere Säulen beschädigt oder eingestürzt sind. Selbst bei Verlust leiblicher Integrität, gesellschaftlicher Ächtung, dem Entzug von Arbeit und materieller Sicherheit kann sie uns noch eine Stütze sein, wenn sonst nichts mehr Bestand hat. (Leitner, 2010, S. 151-152)

Zu Beginn einer maniformen Phase entstehen üblicherweise Projekte, die den Wertvorstellungen der betroffenen Person entsprechen. In der akuten Phase kann dieser Bezug verloren gehen, insbesondere wenn die Phase psychotisch getönt ist. Das Selbstbild und der Bezug zu sich selbst können sich ändern, und im Speziellen in manisch psychotischen Phasen kann der Betreffende die Prioritäten seiner Lebensplanung ändern.

Psychotherapie vor und nach einer manischen Phase

Die medikamentöse wie auch die psychotherapeutische Behandlung eines Menschen mit bipolarer affektiver Störung richtet sich immer nach der Phase seiner Erkrankung.

Im Akutstadium einer manischen Episode geht es um die Kontrolle der motorischen Unruhe, der Aggressivität sowie um die Verlängerung der Schlafdauer des Patienten/der Patientin. Manchmal gelingt es durch frühzeitige Intervention, den weiteren Verlauf abzumildern.

Später kann der Umgang mit Größenideen und übersteigter Betriebsamkeit in allen Lebensbereichen fokussiert werden. Zu diesem Zeitpunkt ist die akut manische Phase meist abgeklungen, und die Auseinandersetzung mit dem vorangegangenen Geschehen fordert den Patienten/die Patientin sehr. Anstelle von Hochstimmung und Selbstüberschätzung treten nun Beschämung und Enttäuschung über sich selbst. Darüber hinaus sind die finanziellen und sozialen Folgen der manischen Exzesse zu tragen. In dieser Situation kommt es nicht selten zu einer depressiven Schwankung. Erschwert wird dies dadurch, dass die Betroffenen häufig berichten, ihr „Gefühl“ dafür verloren zu haben, wie sich eine „normale“ Stimmungslage anfühlt. Sie bezeichnen die nicht mehr angehobene Stimmungslage als bereits depressiv, drängen auf antidepressive Medikation – auch auf die Gefahr hin, dass dadurch ein Rückfall in eine maniforme Symptomatik ausgelöst werden könnte.

Langfristig und im Intervall geht es um die Verhinderung von Rezidiven, die Arbeit an der Krankheitseinsicht und um das „Leben-Können“ mit der Erkrankung.

Wenn die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung zu Psychotherapiebeginn bereits bekannt ist, ist der Umgang mit der Erkrankung und ihrer Symptomatik zuallererst zu thematisieren und zu klären.

Zu Beginn der Psychotherapie sind folgende Schritte zu beachten:

- Was steht für den Patienten/die Patientin aktuell im Vordergrund?
- Braucht es eine medikamentöse Behandlung als Voraussetzung für die Psychotherapie?
- Vereinbarung einer Kontaktmöglichkeit der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten mit dem behandelnden Psychiater/der Psychiaterin
- Die Grenzen der Psychotherapie im Fall von Suizidalität und manisch-psychotischer Krise

Im Vordergrund stehende Themen sind oft nicht so unterschiedlich zu jenen anderer Störungsbilder wie beispielsweise Probleme mit Angehörigen, Familie, Partnerschaft, Kinderwunsch, Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen, Gewicht. Auch Schwierigkeiten in der Ausbildung

bzw. im Beruf und rechtliche Konflikte sind hier zu nennen. Vermieden wird häufig das Ansprechen der Scham über die Erkrankung und über das eigene Verhalten in der Krankheitsphase, was die Selbst-Stigmatisierung noch verstärken kann.

Weitere Themen sind zu berücksichtigen:

- Möglichkeiten der Früherkennung einer beginnenden Phase, vielleicht mithilfe der Angehörigen
- Nützen von Psychoedukations-Unterlagen
- Entwicklung geeigneter Coping Strategien
- Erkennen einer existentiellen Gefährdung

Gar nicht so selten ist die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung zu Psychotherapiebeginn noch nicht bekannt. Anlass für eine erstmalige Inanspruchnahme von Psychotherapie durch später als bipolar diagnostizierte Patienten/Patientinnen ist häufig eine depressive Symptomatik, wobei der/die Patient/in bislang noch keinen (fach)ärztlichen Kontakt aufgenommen und somit auch noch keine Medikation erhalten hat. Oft wird zunächst die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt, da etwaige mild verlaufende hypomane Phasen in der Anamnese vom Erkrankten nicht als krankheitswertig erfasst und berichtet werden.

Nach medikamentösem und psychotherapeutischem Beginn der Behandlung der Depression kann sich schnell eine Besserung einstellen und das Kippen in eine hypomane Stimmungslage kann unbemerkt bleiben. Wenn die maniforme Symptomatik deutlich wird, ist möglicherweise der/die Patient/in nicht mehr zu einer angemessenen, auch medikamentösen Therapie zu bewegen: Der/die Patient/in kommt wegen einer Vielzahl von Ideen und Plänen und fühlt sich zunächst nicht krank, sondern endlich einmal gesund, aktiv und kräftig. Eine rechtzeitig einsetzende medikamentöse Behandlung könnte die beginnende Manie vielleicht verhindern, wird jedoch mangels Krankheitsgefühls und Krankheitseinsicht nicht in Anspruch genommen.

Häufig suchen zu diesem Zeitpunkt Angehörige den Kontakt mit dem behandelnden Psychotherapeuten/Psychotherapeutin und/oder (Fach)arzt/(Fach)ärztin, ohne dass diese wirkungsvoll unterstützen könnten. Schließlich kommt es zu einer stationären Aufnahme, im günstigen Fall frühzeitig und ohne Unterbringung, oft aber auch erst nach amtsärztlicher Einweisung wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Die anfangs angehobene Stimmungslage hat sich in eine hohe Gereiztheit verwandelt, eine Impulskontrolle ist nicht mehr gegeben, die Gefährdung im Straßenverkehr, durch Konsum von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen, oder durch Streitigkeiten in der Familie ist als hoch zu bewerten.

Zu diesem Zeitpunkt sind auch psychotische Zustandsbilder nicht so selten, weshalb seitens der stationären Einrichtung auch von einer mischbildhaften Symptomatik gesprochen wird.

Stationäre psychiatrische Behandlung

Jede Aufnahme eines Menschen an einer psychiatrischen Abteilung bringt für den Patienten/ die Patientin die Konfrontation mit sich, als psychisch krank zu gelten. Dies ist eine höchst verunsichernde Situation, selbst wenn die Person es geschafft hat, sich „freiwillig“ aufnehmen zu lassen. Es wird ein Bett zugeteilt, ein Kasten, es wird über die Stationsregeln, die Essenszeiten und die Medikamenteneinnahme informiert. Der/die Patient/in wird mit offensichtlich kranken und auffälligen Menschen konfrontiert.

Im Falle einer Anhaltung nach dem Unterbringungsgesetz (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2018) kommt es zur expliziten Einschränkung der persönlichen Freiheit. Der/die Patient/in kann die Aufnahme nicht verweigern, darf die Station nicht verlassen, auch wenn er/sie es wollte. Unter Umständen muss die Privatkleidung und das Mobiltelefon abgegeben werden. Dieses Erleben von Zwang kann etwaige Vorerfahrungen von Ausgeliefertsein aktivieren, was eine begleitende Angst- und Paniksymptomatik verstärken kann.

Aus der Sicht der psychiatrischen Station geht es darum, mit dem Patienten/der Patientin in Kontakt zu kommen und eine gemeinsam getragene Basis für die Behandlung zu schaffen.

Aufgaben und Ziele zur Unterstützung des Patienten/der Patientin:

- Einen passenden Tag-Nacht-Rhythmus wiederzufinden
- Antrieb und Stimmungslage zu normalisieren
- Bewusstmachen, was an der Station bisher geschehen ist
- Reflexion, wie es zur Erkrankungsepisode gekommen ist
- Eine ambulante Therapie anzuregen, falls nicht vorhanden

Eine stationäre Behandlung wegen einer manischen Episode kann unterschiedlich lange Zeit erfordern, von einigen Tagen bis Wochen. Manchmal wird der/die Patient/in auch in unterschiedlichen Settings behandelt, auf einer Akutstation, auf einer Subakut-Station oder in einer Tagesklinik.

Psychotherapie nach dem Krankenhausaufenthalt

Der/die Psychotherapeut/in in freier Praxis bekommt den Patienten/die Patientin möglicherweise erst Wochen oder gar Monate später wieder zu Gesicht, dann meist depressiv, vielleicht durch Medikation beeinträchtigt, in einer sozial deutlich schlechteren Situation als vor dem Krankenhausaufenthalt. Häufig ist der Arbeitsplatz verloren und die Familie auf Abstand gegangen. Zu diesem Zeitpunkt scheint die psychotherapeutische Behandlung – neben der medikamentösen Therapie – ein wesentlicher Pfeiler zur Wiedergewinnung einer guten Lebensqualität zu sein. Im Vergleich zur Situation vor dem Krankenhausaufenthalt können sich sowohl die therapeutische Beziehung als auch der Fokus der Therapie deutlich verändert haben. Der/die Patient/in hat gegebenenfalls mit ausgeprägten Schamgefühlen und Selbstwert-Einbrüchen zu kämpfen.

Nach Abklingen einer manischen Phase leiden die Betroffenen meistens langwierig unter einer depressiven Symptomatik. Erschwerend kommt hinzu, dass die Stimmungslage und die erlebte subjektive Leistungsfähigkeit der beginnenden Hypomanie erinnert und herbeigesehnt werden. Das psychotherapeutische Vorgehen zu diesem Zeitpunkt erfordert zunächst eine neue Vereinbarung mit dem Patienten/der Patientin. Auf der pragmatischen Ebene werden vermutlich die weitere Stabilisierung von Stimmung und Antrieb, die Bearbeitung des Erlebten, das Wieder-Hineinfinden in einen förderlichen strukturierten Alltag und die Rückfallsprävention vorrangig sein. Gleichzeitig und parallel dazu ermöglicht eine tragfähige therapeutische Beziehung die so wichtige Auseinandersetzung mit den Schamgefühlen über das eigene Verhalten in der Krankheitsphase und das Zurechtkommen mit einem allenfalls in den Grundfesten erschütterten Bild von sich selbst.

Erfahrungsgemäß kann sich der/die Psychotherapeut/in in dieser Phase der Therapie an dem Modell der „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold, 2003, S. 994-996) nach Petzold orientieren.

Auf dem Hintergrund dieses Modells kann für den Patienten/die Patientin in einer „Theorie-Praxis-Verschrankung“ (Petzold, 2003, S. 65, S. 364) Folgendes hilfreich sein:

(1) *Leiblichkeit*: Stabiler Tag-Nacht-Rhythmus, Regelmäßigkeit in Bewegung und Sport, Kontrolle der Medikamenten-Einnahme, Einhalten der Alkohol- und Drogenkarenz, Pflege der eigenen Person.

(2) *Soziales Netzwerk*: Nachbesprechung mit Partner/in und Familie der erlebten Geschehnisse; sich gemeinsam etwas Gutes gönnen; eigene persönliche Grenzen beachten, was zu nah, zu viel, zu überflutend ist; Einüben eines achtsamen Umganges mit eigenen und fremden persönlichen Grenzen; aus dem sozialen Rückzug herausfinden: Kontakt zu Arbeitskolleginnen/Arbeitskollegen, zu alten Freunden; Gewinnen von neuen Freunden; Kontaktsuche zu Selbsthilfegruppe von Betroffenen.

(3) *Arbeit, Leistung, Freizeit*: Verbesserung der Aufmerksamkeit und Konzentration mithilfe von Achtsamkeitsübungen; Strukturierung des Tages, der Woche; Übernahme von Tätigkeiten im Haushalt; Kontaktaufnahme mit dem Arbeitsplatz.

(4) *Materielle Sicherheiten und milieu-ökologische Bezüge*: Gewinnen eines Überblicks über getätigte Ausgaben, Geldschulden; Möglichkeit eines betreuten Kontos; Inanspruchnahme der Unterstützung eines Sozialarbeiters/einer Sozialarbeiterin.

(5) *Werte*: Fragen stellen sich: Kann die Herausforderung des Lebens mit der psychischen Erkrankung angenommen werden? Können neue Aufgaben im Leben gefunden, alte Aufgaben bewältigt werden?

Sinnvoll scheint auch das Hinzuziehen von Materialien aus dem Bereich Psychoedukation, beispielsweise die „Kurz-Psychoedukation für Bipolare Patienten“ von Erfurth, Dobmeier und Zechendorff (2005). Dieser psychoedukative Ansatz kann zum Anlass genommen werden, die Dauer von Psychotherapie zu thematisieren.

Einerseits ist eine bipolare affektive Störung eine lebensbegleitende Erkrankung, die auch eine lebensbegleitende, zumindest (fach)ärztliche Betreuung erfordert. Psychotherapie versteht sich im Unterschied dazu als eine therapeutische Option, nach Möglichkeit mit klarem Anfang und vereinbartem Ende.

Aus Sicht der Integrativen Therapie sind mit dem Patienten/der Patientin ko-kreativ thematisch Schwerpunkte zu setzen. Hilfreich ist es, eine tragfähige psychiatrisch-therapeutische Beziehung zum ambulant arbeitenden (Fach)arzt/zur (Fach)ärztin anzuregen. Diese ärztlich-therapeutische Begleitung ist durch die/den Psychotherapeutin/Psychotherapeuten zu fördern.

Folgende Besonderheiten sind zu beachten:

- Die Diagnose ist anfangs nicht immer klar.
- Die Erkrankung und ihre Auswirkungen sind sehr schambesetzt.
- Die Erkrankung erfordert zu ihrer Behandlung ein multiprofessionelles Team, zumindest einen multiprofessionellen Zugang.

Bei Beachtung dieser angeführten Besonderheiten ist das therapeutische Arbeiten mit Patienten/Patientinnen sinnvoll und ermutigend. Trotz der chronischen Erkrankung gilt es, Entwicklungsmöglichkeiten zu fördern.

Zusammenfassung

Die bipolare affektive Störung lässt sich aus psychopathologischer und ebenso aus soziokultureller Sicht als Zeitkrankheit einordnen. Bei bipolaren affektiven Erkrankungen stehen die Desynchronisierung und Entgleisung der Zeitökonomie im Vordergrund. In der Bewegung zwischen zwei entgegengesetzten Extremen wird deutlich, wie wichtig ein dynamischer Ausgleich polarer Gegensätze sowohl auf der individuellen Ebene des Leibsubjektes als auch auf der soziokulturellen Ebene von Kontext und Kontinuum für die menschliche Existenz ist. Es geht darum, ein angemessenes Verhältnis polarer Gegensätze und Prinzipien zu entwickeln, immer wieder in Zwischenleiblichkeit und Resonanz Balancen herzustellen zwischen Ruhe und Bewegtheit, Verzögerung und Beschleunigung, Bewahren von Traditionen und Entwickeln von Innovativem, Erholung und Verausgabung, Autonomie und Affiliation. Nur durch die tagtägliche Kreation angemessener Proportionen kann der Mensch den für ihn so wichtigen rhythmischen Ausgleich schaffen, der sich bis in die letzte Faser seines Leibes zieht.

Das Wesen bipolarer Erkrankungen liegt im Verlust der Proportionen zueinander.

Betrachten wir die Manie, so entkoppelt sich in ihr der expansive Pol von seinem hemmenden Gegenüber. Das retardierende Moment der Existenz wird nicht mehr wahrgenommen, sondern verdrängt oder überrollt. Dadurch entsteht der Schein, als ließen sich Wünsche immer weiter steigern, Prozesse unaufhörlich beschleunigen, Informationen unbegrenzt vervielfachen oder Machtsphären immer weiter ausdehnen. (Fuchs, 2013, S. 184)

Der Mensch in der manischen Agitiertheit übersieht den dialektischen Zusammenhang zwischen Beschleunigung und Ruhe, zwischen Akzeleration und Retardierung, er verliert die Proportionen aus dem Blick, bis nur noch die Leere und Erschöpfung einer Depression bleibt, „in der sich nun der hemmende Pol der Existenz seinerseits entkoppelt und verabsolutiert“ (Fuchs, 2013, S. 184). Die bipolare affektive Störung ist eine Erkrankung mit möglichem Beginn im jungen Erwachsenenalter, etwa fünf Prozent der Bevölkerung sind betroffen. Scheint es daher nicht an der Zeit, Strategien der Retardierung zu entwickeln, um der manischen gesellschaftlichen Beschleunigung etwas entgegenzusetzen? Geht es nicht darum, bewusst Haltungen zu entwickeln, welche sich der permanenten, elektronisch unterstützten Kommunikation und dem Konsumrausch widersetzen? Dies kann Aufgabe der Psychotherapie sein, zumal sich bipolare affektive Störungen in allen Lebensbereichen manifestieren können. Hier bietet das Modell der „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold, 2003, S. 994-996) im Zusammenwirken von Leib und Kontext/Kontinuum sowohl im Sinne einer prozessualen Diagnostik als auch in der „theorie-praxis-verschränkten“ (Petzold, 2003, S. 65, S. 364) Planung der integrativ-therapeutischen Behandlung eine klare Struktur und hilfreiche Stütze.

Anmerkungen

- [1] The global burden of disease: 2004 update. Part 3: Disease incidence, prevalence and disability. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part3.pdf
- [2] Unter *Geschichtszeit* versteht man die Zeit, die ein System irreversibel verändert, die äußere irreversible Bewegung. *Verkehrszeit* ist die Zeit, die ein System erhält, die ihm seine reversible Konstitution und Restitution sichert, die inneren, zyklischen Prozesse der Ökonomie und der Kommunikation (Kaempfer, 1991).
- [3] „Beschleunigung wiederum habe ich in meiner letzten Monographie als *Mengenwachstum pro Zeiteinheit* definiert“ (Rosa, 2016, S. 13).

Literatur

- Akiskal, H. (2003). Validating 'hard' and 'soft' phenotypes within the bipolar spectrum: Continuity or discontinuity? *Journal of Affective Disorders*, 73(1), 1-5.
- Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D., Pezawas, L. & Rössler, W. (2005). Recurrent brief depression as an indicator of severe mood disorders. In A. Marneros & F. K. Goodwin (Hrsg.), *Bipolar disorders. Mixed states, rapid cycling and atypical forms* (S. 109-130). Cambridge: Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Assion, H.-J. (2006). Diagnostik, Klassifikation und Differentialdiagnose. In H.-J. Assion & W. Vollmoeller (Hrsg.), *Handbuch Bipolare Störung. Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (S. 59-73). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bock, T. & Koesler, A. (2005). *Bipolare Störungen. Manie und Depression verstehen und behandeln*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bschor, T., Ising, M., Bauer, M., Lewitzka, U., Skerstuweit, M., Müller-Oerlinghausen, B. et al. (2004). Time experience and time judgment in major depression, mania and healthy subjects. A controlled study of 93 subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(3), 222-229.
- Coryell, W., Solomon, D., Turvey, C., Keller, M., Leon, A. C., Endicott, J. et al. (2003). The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 914-920.
- Cross National Collaborative Group. (1992). The changing rate of major depression. Cross-national comparisons. *JAMA*, 268(21), 3098-3105.
- Dunner, D. L., Gershon, E. S. & Goodwin, F. K. (1976). Heritable factors in the severity of affective illness. *Biological Psychiatry*, 11(1), 31-42.

- Dunner, D. L. & Fieve, R. R. (1974). Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Archives of General Psychiatry*, 30(2), 229-233.
- Eckert, J., Hautzinger, M. F. & Reimer, C. (2000). Psychotherapie in der Psychiatrie. In C. Reimer, J. Eckert, M. F. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 525-576). Berlin: Springer.
- Ehrenberg, A. (2004). *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus.
- Erfurth, A., Dobmeier, M. & Zechendorff, M. (2005). *Kurz-Psychoedukation für Bipolare Patienten*. Stuttgart: Thieme.
- Fuchs, T. (2000). *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, T. (2002). Der manische Mensch. In T. Fuchs (Hrsg.), *Zeit-Diagnosen. Philosophisch-psychiatrische Essays* (S. 211-236). Kusterdingen: Die Graue Edition.
- Fuchs, T. (2012). Temporality and psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12(1), 75-104.
- Fuchs, T. (2013). Depression und Manie als Zeitkrankheiten. In T. Fuchs & M. Berger (Hrsg.), *Affektive Störungen. Klinik, Therapie, Perspektiven* (S. 171-186). Stuttgart: Schattauer.
- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B. & Öjesjö, L. (1982). Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychological Medicine* 12(2), 279-289.
- Heidbrink, L. (1996). *Entzauberte Zeit. Die melancholische Zeit der Moderne*. München: Hanser.
- Heim, R. (2005). Das verlorene Objekt der Zeit. Überlegungen zur Zeit-Diagnostik der Depression. In S. Hau, H.-J. Busch & H. Deserno (Hrsg.), *Depression – zwischen Lebensgefühl und Krankheit* (S. 99-124). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kaempfer, W. (1991). *Die Zeit und die Uhren*. Frankfurt am Main: Insel Verlag.
- Kasper, S. & Hauk, P. (2006). *Bipolare Erkrankungen. Zwischen Manie und Depression*. Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH.
- Kasper, S., Kapfhammer, H. P., Bach, M., Butterfield-Meissl, C., Erfurth, A., Haring, C. et al. (2013). Bipolare Störungen. Konsensus-Statement – State of the art 2013. *CliniCum neuropsy*, Sonderausgabe November 2013.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168–176.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie. Ein Handbuch für Studierende und Aerzte*. (5. Auflage). Leipzig: Barth.
- Kuiper, P. (1991). *Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Marneros, A. (2013). Die vielen Gesichter der Bipolarität. In T. Fuchs & M. Berger (Hrsg.), *Affektive Störungen. Klinik – Therapie - Perspektiven* (S. 48-57). Stuttgart: Schattauer.
- Marneros, A. & Akiskal, H. S. (2007). *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marneros, A. & Goodwin, F. (Hrsg.). (2005). *Bipolar Disorders: Mixed States, Rapid Cycling and Atypical Forms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marschall, J., Hildebrandt, S., Sydow, H. & Nolting, H.-D. (2017). *Gesundheitsreport 2017. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten*. Heidelberg: medhochzwei.
- Merikangas K. R., Ames, M., Cui, L., Stang, P. E, Ustun, T. B, Von Korff, M. et al. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1180-1188.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A. et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251.
- Mogorovic, B. (2017). Die aktuelle Zeitstruktur und das Phänomen der Resonanz. Überlegungen von Hartmut Rosa und Quergänge zum Integrativen Ansatz der Supervision und Therapie. *POLYLOGE, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 22/2017.
- Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie*. (3 Bände). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie*. (3 Bände). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2006). Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. (Update von 2002j). *POLYLOGE, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 10/2006.

- Petzold, H. G. (2016). Intersubjektive Hermeneutik und Metahermeneutik und die „komplexe Achtsamkeit“ der Integrativen Therapie. Zugriff am 16.04.2018. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Hilari-on_Petzold/publication/312023878_Intersubjektive_Hermeneutik_und_Metahermeneutik_und_die_komplexe_Achtsamkeit_der_Integrativen_Therapie/links/586a144c08ae6eb871b968d6/Intersubjektive-Hermeneutik-und-Metahermeneutik-und-die-komplexe-Achtsamkeit-der-Integrativen-Therapie.pdf
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B. et al. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 425–434.
- Rechtsinformationssystem des Bundes. (2018). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz, Fassung vom 10.04.2018. Zugriff am 10.04.2018. Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936>
- Reichel, R., Brunner, B., Enk, B., Jobst, A. & Magdowski, R. (2018). Depression aus Sicht der Integrativen Therapie. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 6(1), S. 40-66. Zugriff am 15.05.2018. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>
- Rihmer, Z. & Kiss, K. (2002). Bipolar disorders and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, 4(1), 21–25.
- Rosa, H. (2016). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.
- Simhandl, C. & Mitterwachauer, K. (2007). *Depression und Manie. Erkennen und erfolgreich behandeln*. Wien: Springer-Verlag.
- Stern, D. (1998). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik*. Berlin: Springer.
- Virilio, P. (1978). *Fahren, fahren, fahren...*. Berlin: Merve.
- Virilio, P. (1980). *Geschwindigkeit und Politik. Ein Essay zur Dromologie*. Berlin: Merve.
- Vollmoeller, W. (2006). Bipolare Störungen im historischen Überblick. In H.-J. Assion & W. Vollmoeller (Hrsg.), *Handbuch Bipolare Störungen. Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (S. 21-26). Stuttgart: Kohlhammer.
- Voderholzer, U. & Hohagen, F. (2014). *Therapie psychischer Erkrankungen*. München: Urban & Fischer.
- Windhager, E. & Zauner, K. (2014). Langzeitprophylaxe manischer Episoden bei bipolaren affektiven Störungen. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 15(1), 33-36
- Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1978). Epidemiology of mental disorders: Emerging trends in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 705-712.
- World Health Organisation. (2004). *The global burden of disease. 2004 update*. Zugriff am 10.04.2018. Verfügbar unter http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1

Angaben zu den Autorinnen

Univ.-Prof. Mag. Dr. Claudia Höfner, MSc, Psychologin, Soziologin und Psychotherapeutin (Integrative Therapie), Professorin für Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen an der Donau-Universität Krems, Leiterin des Zentrums für Psychotherapie

Kontakt: claudia.hoefner@donau-uni.ac.at

Web-Adresse: <http://www.donau-uni.ac.at/psymed>

Telefon: +43 (0) 2732 893 2677

Korrespondenzadresse:

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30

3500 Krems

Dr. med. Maria Theresia Rohrhofer, Psychiaterin und Allgemeinmedizinerin, Psychotherapeutin (Integrative Therapie), Fachbereichsleiterin für Integrative Therapie am Zentrum für Psychotherapie an der Donau-Universität Krems

Kontakt: maria.rohrhofer@donau-uni.ac.at

Web-Adresse: <http://www.donau-uni.ac.at/psymed>

Telefon: +43 (0) 2732 893 2675

Korrespondenzadresse:

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30

3500 Krems

Zitationsempfehlung

Höfner, C. & Rohrhofer, M. T. (2018). BIPOLAR LEBEN. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 6(1), S. 67-96. Zugriff am 15.05.2018. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>