

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

MANIE

Teil 8: Leistungsschub und Arbeitsrausch

Was gibt es Schöneres als Arbeitsfreude und Leistungsfähigkeit; und vielleicht noch Erfolg und allgemeine Anerkennung? Da sind keine Zweifel angebracht. Aber wie steht es mit einem ungewöhnlichen Leistungsschub, ja Arbeitsrausch? Und einigen zusätzlichen absonderlichen Auffälligkeiten? Oder kurz: Hier stimmt was nicht: beruflich-atmosphärisch, zwischenmenschlich, vielleicht sogar psychosozial, seelisch, geistig.

Zu solchen Verwirrungen kann beispielsweise eine manische Episode führen, also ein psychisches Krankheitsbild, das ohnehin aus der allgemein nachvollziehbaren Rolle der seelischen Krankheiten fällt. Und am Arbeitsplatz ganz besonders. Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Manie und Arbeitsleistung – Manie als Leistungsschub – hypomanischer Arbeitsrausch – manischer Tätigkeitsdrang – produktive Hochstimmung – phasisch auftretende „Arbeitswut“ – krankhafte Überaktivität und Geschlecht – Zwang zur Vertuschung oder offene Aussprache – Reaktion des Arbeitgebers – Krankschreiben oder nicht – u.a.m.

LEISTUNGSSCHUB UND ARBEITSRAUSCH

Ein ausgeprägtes manisches Krankheitsbild ist mit einer konsequenten und letztlich ergiebigen *Arbeitsleistung* kaum mehr und vor allem nicht lange in Einklang zu bringen. Das aber ist nur die halbe Wahrheit. Denn manchmal gelingt

sogar dies, obgleich dann alle Bedingungen, insbesondere die beruflichen Voraussetzungen stimmen müssen. So ist bisweilen bei einer - allerdings noch steuerbaren - Hypomanie (leichteren manischen Phase) nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ eine gute, ja vorübergehend bessere Leistung als in gesunden Tagen möglich. Wenn man also den irgendwann fälligen biologischen Preis (z. B. den drohenden Erschöpfungszustand danach oder gar eine depressive Phase) nicht einrechnet, der für diese unphysiologische Hochstimmung zu zahlen sein wird, dann ist dieses Ergebnis nicht nur negativ zu werten. Auch soll noch einmal hervorgehoben werden, dass nicht nur eine Reihe von Künstlern einen Teil ihrer großen Werke aus Musik, Malerei, Literatur usw. solchen Hochstimmungsphasen verdankt, sondern auch der „einfache Sterbliche“ erfreuliche „Leistungssprünge“ registrieren kann, die ihm sonst versagt bleiben.

Manie als Leistungsschub...

Allerdings äußern sich viele manische und nicht wenige der hypomanischen Zustände in einer zwar offenbar überdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit, die aber bei genauem Hinsehen eher einer „ungerichteten Arbeitswut“ entspricht. Maniker machen also nicht nur „Dummheiten“, sie können auch in kurzer Zeit einen Berg von Aufgaben wegschaffen, so dass die Umwelt nur so staunt - allerdings mit gemischten Gefühlen. Dies lässt sich am besten an den Kommentaren der Angehörigen, Freunde oder Kollegen ablesen, die da lauten: „Jetzt hör' doch auch wieder einmal auf“. „Das hat doch Zeit, das muss doch nicht alles auf einmal sein“. „Tagsüber, das mag ja noch angehen, aber jetzt auch nachts, das ist doch nicht mehr normal“. „Gehen Sie denn überhaupt nicht mehr nach Hause?“. „Wer erwartet denn von Ihnen, dass Sie plötzlich so viele Überstunden machen?“ u. a. m.

Ein ähnlich ambivalentes Gefühl schildern dann rückwirkend die Betroffenen selber: „Kaum war die Schwermut verfliegen, hatte ich fast über Nacht wieder Freude an meiner Arbeit und begann zu schaffen und zu schaffen..., gleichsam aus Erleichterung und Dankbarkeit heraus“ (hypomanische Nachschwankung nach depressiver Phase). „Und dann stand ich plötzlich morgens in aller Frühe auf, ging energiegeladen ins Geschäft, arbeitete für drei und kehrte erst spät abends nach Hause zurück - und zwar frohgestimmt, zufrieden mit mir und meiner Welt und eigentlich ohne wesentliche Ermüdungszeichen“. „Plötzlich machte es mir nichts mehr aus, dass zwei meiner Mitarbeiter durch die Grippe welle ausfielen. Alles ging mir leicht von der Hand, der Chef staunte nur so - und kleinere Flüchtigkeitsfehler wurden hingenommen, denn alles zugleich kann man ja nicht verlangen: doppelt so viel und doppelt so genau wie sonst.“ „Alles ging mir flink über den Tisch, ich war nie müde, nie mürrisch, immer freundlich und zuvorkommend; und wenn ich mal etwas vergessen hatte, fiel mir gleich ein Scherz ein, der es wieder ausbügelte...“ „Eigentlich habe ich erst jetzt gemerkt, dass ich mir plötzlich immer mehr aufgeladen habe und am

Schluss natürlich auch immer mehr zugeteilt bekam - bis ich schließlich vor Erschöpfung zusammenbrach“ (gemeint war der Umschlag in eine depressive Phase).

... und wie sich derlei als krankhaft erkennen lässt

Es gibt also hypomanische und sogar mittelschwere manische Phasen, die nicht nur die Vielzahl charakteristischer negativ auffallender Symptome zeigen müssen, sondern sich auch durchaus in konstruktiver Aktivität äußern können. Bei genauem Hinsehen finden sich dann allerdings doch zusätzlich dezente Zeichen von Rastlosigkeit, Sprunghaftigkeit, Schlafdefizit ohne Ermüdungserscheinungen, ein etwas übersteigter oder künstlich bzw. aufgesetzt wirkender Humor (wenngleich durchaus ansteckend), ein häufiger Themenwechsel mit gelegentlich unmotiviertem Springen von einem Thema zum anderen usw.

Ähnliches gilt für eine irgendwie ungewöhnliche Kontaktfreude (z. B. Telefon), doch noch keinesfalls auffällig oder gar distanzlos. Und dann das bereits geschilderte Phänomen der plötzlichen Großzügigkeit und unerwarteten Spendabilität. Zuerst pflegt sich das nämlich nicht in sinnlosen Geldausgaben, sondern in einer vermehrten und noch zweckgerichteten Großzügigkeit auszudrücken, andere aus Anerkennung oder Dankbarkeit oder einfach aus purer Freude zu beschenken. Nach und nach kann aber dieser Wesenszug - eine ja durchaus positive und nicht allzu häufige Regung im Alltag - übertriebene Formen annehmen. Die Menschen beginnen aufzuhorchen. Die bisher noch nicht erkannte Manie enttarnt sich inzwischen nicht nur durch Geschenke (die meist in größerer Stückzahl erworben werden, weshalb sich oft erst nachträglich ein gewisser Zwang ergibt, auch zu Beschenkende zu finden), derlei kann sich auch in mündlichem oder schriftlichem Dank äußern, was als solches erst einmal erfreut registriert wird. Im Falle einer Manie pflegt er aber auch ein wenig zu emotional auszufallen. Oder er äußert sich in einer übersteigerten, überschwänglichen, für die Betroffenen fast unangenehm bis peinlichen Hilfsbereitschaft, die sie plötzlich über sich ergehen lassen müssen. So eilte eine manische Patientin, die auch in gesunden Tagen durch ihre karitative Einstellung bekannt geworden ist, „auf dem Wochenmarkt von Mütterchen zu Mütterchen, um ihnen beim Tragen ihrer schweren Einkaufsnetze zu helfen“. Dabei kann man sich gut vorstellen, wie dies einige der überraschten Auserwählten interpretieren mussten und was das für Szenen zur Folge hatte.

Wie ist ein hypomanischer Arbeitsrausch zu beurteilen?

Doch zurück zur Arbeit. Das Zuviel an Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit, sowohl quantitativ als auch qualitativ, ist also nicht selten, wird aber während einer solchen Hochstimmung kaum realisiert und so gut wie nie gebremst. Erst wenn weitere, meist grenzwertige Symptome auffallen, beginnt man sich ggf. Gedanken zu machen. Doch die Konsultation eines Arztes,

selbst eine telefonische Anfrage seitens der Angehörigen, steht trotz aller Bedenken so gut wie nie zur Diskussion. Wie soll man auch einen sozial akzeptierten, ja erwünschten Aspekt, selbst wenn er übertrieben erscheint, rechtzeitig als krank erkennen? Erstens dürften die Grenzen fließend sein, zweitens muss unter den heutigen Bedingungen jeder sein Bestes geben - „und wie viele Arbeiten bis zum Umfallen“.

Nun darf man das Ganze in der Tat nicht zu hoch hängen und unnötig problematisieren. Nicht jeder „Workaholic“, also (fast schon) krankhaft Arbeitssüchtige, ist manisch.

Nachdenkenswert wird es allerdings dann, wenn sich zeitlich umschriebene Phasen übersteigerten Tätigkeitsdrangs abzeichnen und episodenhaft wiederholen, vielleicht in immer den gleichen Jahreszeiten (z. B. Frühjahr oder Herbst). Und wenn der Betreffende solche Zeiten des scheinbaren Leistungsschubs immer wieder mit nachfolgenden Erschöpfungszuständen bezahlen muss, die manchmal einen fast schwermütigen Charakter annehmen. Dann besteht sehr wohl der Verdacht, dass sich hier nicht gezielte Hochleistungsphasen und nachvollziehbare Erschöpfungsreaktionen, sondern manische Hochstimmungen und depressive Episoden abwechseln. Dann handelt es sich nicht nur um ein durch äußere Anforderungen gesteuertes, sondern um ein biologisch ausgelöstes, krankhaftes Geschehen.

Natürlich würde man dem Betreffenden seine produktiven Hochstimmungen ohne ernstere gesellschaftliche oder finanzielle Ausrutscher gerne gönnen, sind sie doch materiell ergiebig und letztlich ein Pluspunkt in seinem Leben. Andererseits sind sie aber unphysiologisch, d. h. im normalen Kräftehaushalt eines Gesunden nicht vorgesehen und rauben ihm vor allem jene Reserven, die dann später fehlen werden, von dem drohenden Umschlag in eine Depression ganz zu schweigen.

Deshalb ist es nicht falsch, sich selbst bei mildereren Verlaufsformen im Sinne einer *phasisch* auftretenden „Arbeitswut“ seine Gedanken zu machen. Und sollte das Ergebnis lauten: Dies sind im Grunde fast schon jahreszeitlich abhängige Phasen von Hochstimmung mit ungewöhnlichem Leistungsschub, die aber meist von einer unbegründeten Herabgestimmtheit mit Erschöpfungszuständen abgelöst werden (die alles Erreichte wieder zunichtemachen), dann gilt es folgenden Kompromiss zu überlegen:

Leichtere, vielleicht sogar mittelschwere Zustände von zeitlich begrenzter Hochstimmung, die sonst zu keinen Bedenken Anlass geben und sich lediglich neben einer positiven Gestimmtheit und vermehrten Kontaktfreude vor allem in einer verstärkten Leistungsbereitschaft und ungewöhnlichen Arbeitsfähigkeit bzw. Produktivität äußern, können in der Regel hingenommen werden - ob unbesorgt, steht auf einem anderen Blatt. Es ist aber empfehlenswert, sich ein

kritisches Auge zu bewahren, am besten seitens der nahen Angehörigen (denn Arbeitskollegen und Arbeitgeber dürften sich hier naturgemäß weniger Sorgen machen). Sollte jedoch mit solchen Hochleistungsphasen ein (wachsendes) Schlafdefizit verbunden sein, auch wenn es der Betreffende lange nicht merkt bzw. nicht darunter zu leiden scheint, ja zu Überstunden am Arbeitsplatz und zu Hause nutzt, dann ist es keine Überreaktion, den Rat eines Arztes einzuholen. Dabei darf man sich allerdings nicht auf die Schilderung des Leistungschubs beschränken, sondern muss auch alle anderen Begleitsymptome nennen, auch wenn sie noch nicht zum Problem geworden sind. Wichtig ist stets der Hinweis auf das episodenhafte, also zeitlich begrenzte Auftreten solcher Phänomene.

Sollte der Arzt dann zu der Erkenntnis kommen, dass er hier eingreifen muss, bevor ernstere Folgen drohen, dann kann er vor allem das erwähnte Schlafdefizit nutzen, in dem er mit niederpotenten Neuroleptika (nicht suchtrisiko-beruhigende bis schlaf-anstoßende Psychopharmaka) den offensichtlich entgleisenden Schlaf-Wach-Rhythmus wieder zu normalisieren vorschlägt, damit sich kein schleichendes Energiedefizit aufbauen kann. Dadurch lassen sich nämlich auch jene überschießenden Reaktionen dämpfen, die diese phasenhafte Arbeitswut begleiten, ansonsten nicht zur Wesensart des Betreffenden gehören und die Diagnose eines hypomanischen Zustandes rechtfertigen. Natürlich wird der Arzt seine Medikation ausschließlich mit dem drohenden Schlafdefizit begründen, denn alles andere könnte der Patient, der sich ja keinesfalls krank fühlt, nicht akzeptieren. Über die Regulation eines ungewöhnlichen Schlafverhaltens aber lässt im Allgemeinen selbst ein manisch Getriebener mit sich reden, weil er weiß, dass man nicht endlos aus dem Vollen schöpfen kann. Weitere Einzelheiten zu den Behandlungsstrategien siehe spätere Kapitel.

Schlussfolgerung

In einer ausgeprägten Manie ist eine ergiebige Arbeitsleistung erschwert bis unmöglich, schon weil vieles begonnen und wenig vollendet wird. Es gibt aber auch leichtere manische Zustände, die sich in einer sowohl quantitativ als auch qualitativ verbesserten Leistungsfähigkeit niederschlagen. Davon zeugen durchaus respektable Ergebnisse, nicht zuletzt in der Kunst. Aber auch der „normale Sterbliche“ kann auf seinem Gebiet einen regelrechten Leistungsschub bis hin zur „Arbeitswut“ registrieren. Dagegen ist an sich nichts einzuwenden, geschweige denn eine Behandlungsbedürftigkeit abzuleiten.

Sollte es sich jedoch um eine eindeutig phasenhaft auftretende Hochstimmung handeln, die sich zwar - sozial integriert - lediglich in einem solchen Leistungsplus äußert, dafür aber jedes Mal mit einem „Erschöpfungszustand“ bezahlt werden muss, der in Wirklichkeit eine depressive Phase ist, dann sollte man sich nicht gegen eine gezielte Behandlung stemmen. Dabei kann der Zugang

zur Behandlungswilligkeit das wachsende Schlafdefizit sein, das auch in gesunden Zeiten nicht beliebig lange ausgedehnt werden darf, ohne ernste Folgestörungen nach sich zu ziehen. Die Schlafstörungen würden dann durch Neuroleptika mit sedierender Wirkung behandelt, die auch den gesamthaft überdrehten Organismus etwas zu dämpfen vermögen.

DIE BERUFLICHEN FOLGEN

Der Maniker hat - wie mehrfach erwähnt - keinerlei Krankheitseinsicht und ein überzogenes Selbstwertgefühl. Sein Auftreten wirkt souverän. Häufig und verhängnisvoll lange hat er Erfolg. Bleiben „Ausrutscher“ oder Exzesse aus, kann die Manie auch unerkant wieder abklingen. Weitere Einzelheiten zu „Schein und Wirklichkeit“ des manischen Phänomens siehe die entsprechenden Kapitel.

Die *beruflichen Folgen einer Manie* sind mitunter noch schwerer abzuschätzen als alle anderen Konsequenzen. Dies äußert sich auch in der begrenzten Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen, die wirklich alle entscheidenden Aspekte zu diesem vielschichtigen Thema ausreichend erfassen. Zu komplex sind die Faktoren, die hier berücksichtigt werden müssen: Ausprägung des Beschwerdebildes, erstmalige Erkrankung oder Rückfall, Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsstruktur, Familie, näheres und weiteres privates Umfeld, berufliche Bedingungen, vor allem persönliche Ersetzbarkeit, Art des Betriebs bzw. des entsprechenden Arbeitsplatzes (Team, Einzeltätigkeit für sich oder Kundenkontakte, Innen- oder Außendienst) usw.

Direkte Folgen während oder unmittelbar nach der manischen Episode sind eigentlich seltener als erwartet - zumindest hört man nicht viel darüber. Wahrscheinlich einigen sich Arbeitgeber und der beschämte, vielleicht sogar depressiv gewordene Patient im geheimen - oft natürlich zu Lasten des Kranken. Manche Arbeitgeber zeigen sich erst einmal generös, was aber langfristig keine echte Großzügigkeit und Toleranz sein muss. Zum einen stecken ihnen noch das ungezügelte Auftreten und die vielleicht schmerzlichen Schadensfolgen in den Gliedern. Zum anderen haben sie sich wahrscheinlich informiert oder belesen und hören mit Unbehagen, dass Rückfälle sowohl bezüglich Hochstimmung als auch Schwermut nicht auszuschließen sind - mit allen erneuten Folgen.

Das eigentliche Problem liegt also vor allem in der Langzeitwirkung verunsicherter Arbeitgeber/Arbeitskollegen: „Wie soll das weitergehen, was hat man in Zukunft zu erwarten, wie soll mit einer obligatorisch dünnen Personaldecke das geforderte Leistungssoll erreicht oder gehalten werden, wenn man stets mit einem Ausfall rechnen muss - und zwar nicht nur für die Zeit einer Grippe, sondern längerfristig - und mal wieder unkalkulierbar überraschend.“ Irgend-

wann werden deshalb bei einem ausgeprägteren und mehrfach drohenden manischen Syndrom fast immer irgendwelche Konsequenzen gezogen, nicht selten im erwähnten stillen Einverständnis mit dem verunsicherten und schuld-bewussten Kranken. Allerdings gibt es auch genügend Beispiele für einen glücklichen Ausgang, selbst nach mehreren Rückfällen.

Berufliche Nachteile müssen aber nicht nur auf „organisatorische“ Veränderungsvorschläge seitens der Betriebsleitung zurückgehen. Sie können auch Ausdruck dessen sein, was sich nach Abklingen des manischen Leidensbildes durch den Betroffenen selber ergibt, seien es Schuldgefühle, Scham oder Resignation, sei es das manische Residual-Syndrom (siehe das entsprechende Kapitel), dessen mögliche Restbeschwerden die alte Leistungsfähigkeit, Kreativität und Initiative untergraben können. Besonders mehrere Rückfälle pflegen auf Dauer nicht ohne Konsequenzen zu bleiben, vor allem ab dem mittleren Lebensalter und in verantwortlicher Position, insbesondere wenn deren Effektivität exakt überprüfbar ist. Dazu kommen ggf. noch die wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, lokal-politischen u. ä. Konsequenzen eines manischen Fehlverhaltens.

Wie und mit welchem Erfolg deshalb nach einer turbulenten manischen Phase alles wieder „zurecht gerückt“ werden kann, ist im Voraus schwer abzuschätzen. Die meisten Patienten wollen an ihren Arbeitsplatz zurück. Einige genießen sich aber so, dass sie um Versetzung bitten oder gehen.

Ein Problem besonderer Art ist der Umstand, dass nicht wenige Maniker während ihrer krankhaften Hochstimmung und damit Kritiklosigkeit ihre Stelle von selber kündigen, weil sie sich dafür plötzlich zu gut oder „überspezialisiert“ empfinden, und zwar bevor sie die Zusage für eine neue haben. Das ist dann die allerungünstigste Lösung, besonders wenn die Manie abzuklingen beginnt oder sich gar eine Depression ankündigt.

Eine u. U. weniger tragische Variante liegt dann vor, wenn der Betroffene aufgrund seines souveränen Auftretens während der manischen Phase die neue Stelle erhält, nach Rückgang der euphorischen Stimmung oder gar in depressivem Zustand ihr aber nicht gewachsen ist oder sie zumindest nicht als das empfindet, was er sich im manischen Überschwang vorgestellt hat. Natürlich ist die Schadenfreude groß, und aus der Sicht der düpierten Vorgesetzten und Kollegen nicht unbegründet. Wenn man sich aber klar macht, dass dieser sinnlose Wechsel mit seinen organisatorischen Konsequenzen, von den zwischenmenschlichen und psychosozialen Folgen ganz zu schweigen, nur aufgrund einer krankhaften Überreaktion möglich war, dann sieht dieser Schritt schon ganz anders aus - vor allem zu Lasten des Patienten.

Die manische Frau im Berufsalltag

Nicht nur im zwischenmenschlichen, auch im beruflichen Bereich scheinen *Frauen* im Allgemeinen sowie Hausfrauen und Mütter im speziellen rascher aufzufallen. Das liegt nicht zuletzt an ihrem spezifischen Aufgabenbereich. So wird z. B. die Vernachlässigung von Haushalt und Kindern relativ schnell registriert. Man behauptet zwar immer, dass der Hausfrauenberuf die meisten Freiheitsgrade aufweise, doch die Wirklichkeit sieht anders aus. Niemand wird letztlich so lückenlos kontrolliert wie die Hausfrau, selbst wenn sie zwei Drittel des Tages allein ist.

Beispiele: Erscheint sie plötzlich verändert, vor allem scheinbar vergesslich, „schusselig“, unpünktlich, ist plötzlich öfter weg, kommt vor lauter Reden nicht mehr vom Einkaufen zurück, telefoniert den halben Tag, kümmert sich um Dinge, die sie nichts angehen, gibt sie Familien-Geheimnisse preis, wird vielleicht sogar noch ein wenig nachlässig, wenn nicht „schlampig“, oder putzt sich auffällig oder „unseriös“ heraus, wirkt distanzlos, insbesondere gegenüber dem anderen Geschlecht, von umfangreichen Vorratskäufen oder abgesprochenen Anschaffungen ganz zu schweigen, dann lässt die Verwunderung nicht lange auf sich warten. Natürlich versucht man gerade bei der letztlich unersetzbaren Mutter und Hausfrau so lange wie möglich zuzuwarten, in der Hoffnung, es renke sich alles möglichst rasch wieder von selber ein. Doch das kann ein frommer Wunsch bleiben - und der krankhafte Zustand gewinnt an Fahrt.

Aber auch im Berufsleben darf die Frau nicht mit mehr Nachsicht rechnen, „wenn sie sich in eine untragbare Situation manövriert hat“ (Personalleiter). Das Gegenteil ist wahrscheinlicher. Frauen wird (noch immer) nicht nur zwischenmenschlich und gesellschaftlich, sondern auch beruflich weniger nachgesehen als Männern. Zwar ist das Bemühen um eine gerechte Gleichbehandlung erkennbar, doch scheint es gerade bei einer manischen Fehlhandlung - zugegebenermaßen - schwer zu realisieren. Jedenfalls werden manische Frauen im Allgemeinen rascher als solche erkannt, wenngleich oftmals nicht rasch genug gezielt behandelt.

Der manische Mann im Berufsalltag

Aber auch *männliche Maniker*, insbesondere mit verantwortungsvollen Aufgaben, können schnell Verwunderung und Anstoß erregen - wenngleich konsequente Schritte auch hier lange auf sich warten lassen. Dabei finden sich gelegentlich Unterschiede nach sozialer Schicht bzw. Position:

Einfach strukturierte Kranke und solche in untergeordneter Stellung fallen in der Regel eher auf. Vielleicht bringen sie weniger durcheinander, dafür werden sie schneller, direkter und konsequenter auf ihre scheinbaren Fehlhandlungen aufmerksam gemacht. Ein kleiner manischer Angestellter muss relativ bald beim Personalchef vorsprechen. Aber was geschieht, wenn der Personalchef selber manisch erkrankt? Wie lange werden seine Eskapaden kopfschüttelnd,

aber eben auch hingenommen? Das Gleiche gilt für alle anderen so genannten gehobenen Berufe wie Ärzte, Ingenieure, Rechtsanwälte, Geschäftsführer, Richter, Abteilungsleiter usw.

Beim manischen Lehrer ist es schon nicht mehr so einfach. Kinder sind in ihrem Urteil gerade heraus und unbestechlich. Schüler nutzen natürlich auch jede Lücke und Schwachstelle aus, die der Lehrer bietet. Und zu Hause werden solche „Siegesmeldungen“ umgehend verbreitet. Manische Lehrer beiderlei Geschlechts pflegen nicht lange unerkannt zu bleiben - zumindest im ausgeprägteren krankhaften Zustand. Ob dann tatsächlich etwas geschieht, d. h. rechtzeitig, ist wieder eine andere Frage.

Auch das mittlere Management kann erstaunlich lange und vor allem kostspielig Unheil anrichten, wenn die Umgebung nicht rechtzeitig schaltet. Dort laufen häufig nicht nur viele Fäden zusammen, dort herrscht letztlich auch eine z. T. große, und damit bei manischer Gefährdung heikle Selbständigkeit. Die Untergebenen bemerken Ausfälle oder Fehlentscheidungen zwar relativ schnell, getrauen sich aber nichts zu sagen, teils aus den üblichen Befürchtungen heraus, teils weil sie alles mit der Geschäftsleitung abgesprochen vermuten. Diese hingegen hat andere Sorgen, als sich um den „täglichen Kleinkram des Mittelbaus“ zu kümmern. So läuft gerade auf dieser Ebene so manche verlustreiche oder sonst wie verheerende Fehlentscheidung lange weiter, bis der Druck (und Schaden) so groß wird, dass er sich endlich bis zur „oberen Etage“ durchspricht. Und auch dann kann noch so mancher manische Abteilungsleiter mit seiner krankheitstypischen Argumentier-Freude und schwungvollen Selbstsicherheit seinen Chef lange Zeit von den ungewöhnlichsten Entscheidungen überzeugen. Die Manie im mittleren Management ist ein Kapitel für sich.

Zu einem regelrechten beruflichen Absturz scheint es jedoch - gesamthaft gesehen - relativ selten zu kommen. Doch können sich auch nicht alle Betroffenen halten - zumindest nach ernsteren Konsequenzen bzw. mehreren Rückfällen mit den immer gleichen Einbußen. Ein Abstieg auf Dauer ist bei Männern häufiger und ausgeprägter (oder auch nur augenfälliger) registrierbar als bei Frauen. Letztere bekleiden natürlich auch seltener jene Positionen, „bei denen so etwas absolut nicht mehr vorkommen darf“.

So schmerzlich sich die Folgen bisweilen für den Kranken und seine Familie anlassen, so kommt man doch mitunter auch nicht um ein gewisses Verständnis für die Reaktion des Arbeitgebers herum. Dies betrifft nicht zuletzt langfristig bedrohte, immer wieder rückfallgefährdete und vor allem therapieunwillige Patienten mit mangelnder Einnahmezverlässigkeit bei unumgänglicher medikamentöser Langzeitvorbeugung unter fachärztlicher Kontrolle.

Offene Aussprache oder Zwang zur Vertuschung

Ein für viele Patienten und Angehörige unlösbares Problem ist die Frage: offene Aussprache oder Vertuschung am Arbeitsplatz?

Der „Zwang zur Vertuschung“ scheint dabei eher zu einer Dauerbelastung zu werden, zumal man gerade bei der unbehandelten Manie nie weiß, wann, wie schnell und in welcher Form sie wieder ausbricht. Patienten, die ihre Krankheit zur „Privatsache“ machen, was ihnen unbenommen bleibt, geraten dabei leicht unter doppelten Druck: Einerseits haben sie Angst vor Autoritätsverlust, Tuscheleien und vor konkreten Nachteilen bezüglich Beförderung usw. Andererseits halten sie viele ihrer Kollegen und Vorgesetzten (von vornherein?) für intolerant und trauen ihnen im Bedarfsfalle keine uneigennützigte Hilfestellung zu. Was auch immer daran richtig sein mag, diese Einstellung ist ein zusätzliches Joch. Denn die Erfahrung spricht im Allgemeinen gegen eine solche „Vorverurteilung“ der Mitarbeiter und Vorgesetzten. Dies zumindest in „dieser unserer Zeit und Gesellschaft mit ausreichender Gelegenheit, sich fachlich und unvoreingenommen zu informieren und entsprechend tolerant bis hilfreich zu handeln“ (Zitat).

So sieht man immer wieder, dass jene Maniker, die ihre Krankheit angenommen bzw. sich damit „konstruktiv“ abgefunden haben und offen darüber am Arbeitsplatz reden (können), erstaunlich viel Einfühlungsvermögen, Anteilnahme und konkrete Unterstützung mobilisieren. Es wurde schon mehrfach darauf hingewiesen, dass die Manie zu den am schwierigsten erkennbaren seelischen Leiden gehört, zumindest am Anfang und in milderer Verlaufsform. Das kann die Menschen im näheren Umfeld des Betroffenen sogar nachdenklich stimmen: „Warum habe ich das eigentlich nicht bemerkt“? „Man hätte ihm rechtzeitig helfen müssen!“ Auch spielt oft die Furcht mit herein, einmal selber betroffen zu sein, wie auch immer - und dann ebenfalls nicht auf Nachsicht hoffen zu dürfen. Und schließlich: Wenn ein Mitmensch nach seiner Krankheit um Verständnis bittet oder sich gar entschuldigt, „obgleich er das als Kranker ja eigentlich nicht müsste“, dann gibt es kaum jemand, der das nicht akzeptieren würde. Ja, wer das nicht kann oder will, gerät sogar in ein schiefes Licht. Auch diejenigen, die aus der Krankheit des anderen ihren Vorteil schlagen konnten (Kompetenz-Zuwachs, Übernahme bestimmter Aufgaben und Rechte, sonstige (Be-)Förderung usw.), sind dann oftmals überaus freundlich, nachsichtig und hilfsbereit - mit einer Prise Schuldgefühle („Aufstieg durch schicksalhaftes Leid des anderen, ein zweifelhafter Erfolg...“).

Und schließlich muss man im heutigen Berufsleben nicht befürchten, durch zu viel Rücksicht oder gar falsche Schonung behelligt zu werden. Das ist bei der üblichen knappen Mitarbeiterbesetzung nach „Anpassung des Personalstands“ nicht zu erwarten. Wenn der ehemalige Patient also aufzuholen versucht, was er über Wochen oder Monate durch Krankheit „versäumt“ hat - umso besser. Das wird mit Wohlwollen registriert (wenngleich es für die Genesung nicht immer optimal ist).

Kurz: Eine offene Einstellung zur eigenen Erkrankung pflegt am Arbeitsplatz mehr Vor- als Nachteile zu bringen. Dass dabei individuelle Gegebenheiten zu berücksichtigen sind, versteht sich von selber.

Bei der Bewertung aller Fakten muss man sich also fragen, ob der heimliche Wunsch zur Vertuschung nicht so manche Befürchtung hochspielt, die man eigentlich abbauen möchte.

Der attackierte Chef und seine Reaktion

Die *Reaktion des Arbeitgebers* ist naturgemäß unterschiedlich, in der Mehrzahl der Fälle jedoch erst einmal (notgedrungen) tolerant und kooperativ. Dies hängt zum einen mit der Persönlichkeitsstruktur vieler Maniker zusammen, die in gesunden Tagen als durchaus „angepasst, ordentlich, kollegial, pünktlich, fleißig und gründlich“ beurteilt werden (siehe das entsprechende Kapitel). Wieder gesund und leistungsfähig versuchen sie ja häufig wettzumachen, was sie in kranken Tagen anderen zusätzlich aufbürden mussten. Bei depressiven Phasen ist das Verständnis zwar größer als bei manischen, doch auch letztere können mit mehr Nachsicht rechnen, wenn sie sich zu einer „positiven Vorwärtsstrategie“ entschlossen haben, die der Offenheit vertraut (s. o.).

Etwas anderes ist es natürlich, wenn der Maniker in seiner krankhaften Forschheit den Vorgesetzten in gnadenloser Direktheit und vielleicht sogar öffentlich „seine Meinung gesagt hat“. Das gleiche gilt übrigens auch für Mitarbeiter und Untergebene - wengleich mit anderen Konsequenzen. Sprichwörter sind jahrhundertalte Volksweisheiten, und so hat natürlich auch das Sprichwort: „Kinder und Narren sprechen die Wahrheit“ einiges für sich. Vor allem: Das, was dabei unverschnörkelt bis knallhart zur Sprache kam, war natürlich nicht ganz unbegründet. So etwas schmerzt doppelt und bleibt haften - je begründeter, desto eher.

Mit einem solchen „Schlag ins Gesicht“ auch noch selbstkritisch umzugehen, ist natürlich nicht die Gottesgabe eines jeden Vorgesetzten. Da entlässt man lieber den „Propheten“, als sich ständig an seine Mahnungen erinnern zu sehen oder sich wirklich zu ändern. Besonders problematisch wird es natürlich bei einer öffentlichen Brüskierung des Chefs vor versammelter Belegschaft. „Schließlich konnte man den anwesenden Mitarbeitern zwar den Schrecken, aber auch die heimliche Genugtuung geradezu ansehen ...“ (ein Betroffener).

Einige wenige Vorgesetzte nutzen den Inhalt und verzeihen die „respektlose Form“, wie es vorgebracht wurde. Andere ärgern sich über die Art und verdrängen den vielleicht bedenkenswerten Kern des Vorwurfs. Da die zweite Gruppe die größere zu sein scheint, ist es meist zweckmäßig, nach Abklingen der Manie sich durchaus zu überlegen, wie weit man durch entsprechende Krankheits- Erläuterung die Wogen wieder glätten kann. Das braucht zwar ei-

ne sehr individuelle Abschätzung der problematischen Gesamt-Situation, da gibt es keine festen Regeln und konkreten Empfehlungen. Eines aber darf wiederholt werden: Ob man mit mehr Toleranz rechnen darf, hängt vom Einzelfall ab - und zwar von beiden Seiten. Der Aufklärungsstand in unserer Zeit und Gesellschaft, nicht zuletzt durch die Medien und sogar digital, gilt jedoch als positive Entwicklung. In seelischer Hinsicht kommt das vor allem den affektiven Störungen zugute, d. h. speziell den Depressionen, aber auch zunehmend manischen Episoden trotz „gesellschaftlicher Ausrutscher“.

Eine entsprechende Erläuterung beinhaltet ja auch ausdrücklich oder zumindest non-verbal die Bitte um Nachsicht bzw. sogar eine Entschuldigung. Dies also auch ohne dass es konkret ausformuliert werden muss - sofern dies schwer fällt. Ein seelischer Ausnahmezustand, den der Kranke nicht unverantwortlich selber herbeigeführt hat (wie z. B. einen Rausch), wird trotz aller Folgen erstaunlich oft akzeptiert, ohne dass man „sein Opfer noch durch eine unnötig lange Inquisition quält“. Woher weiß man selbst als Chef, ob man nicht schon morgen selber dran ist - mit was auch immer. Und schließlich vergesse man nicht: Ein Vorgesetzter, der zur Großzügigkeit gezwungen wird, fühlt sich danach selber freier und verbindet mit dem ursprünglich ärgerlichen Ereignis neben dem Gefühl der Großmut vielleicht sogar noch eine positive Anregung im Sinne des obigen Sprichworts über Kinder und Narren. Ein Abteilungsleiter: „Und zu guter Letzt sagte dann noch meine Frau: Muss da erst einer krank werden, bevor Du merkst, wie Du mit den Leuten umgehst...?“

Krankschreiben oder nicht?

In diesem Zusammenhang seien schon jetzt einige Bemerkungen zur Behandlungsstrategie vorweggenommen, weil sie sich hier inhaltlich besser eingliedern als in einem späteren Teil. Dazu gehören im Rahmen der beruflichen Konsequenzen die Problemkreise Krankschreiben sowie Berentung/Pensionierung.

Das *Krankschreiben* durch den Arzt ist schon generell kontroversen Ansichten ausgesetzt, die in der Regel alle etwas für sich haben: Es gibt Menschen, die diese Möglichkeit für sich sehr großzügig in Anspruch nehmen und andere, die stolz darauf sind, auch im Krankenstand weiter verfügbar zu sein. Beides sind extreme Einstellungen, die nicht unbedingt Schule machen sollten. Wenn einer seine Rechte zu egoistisch durchsetzt, tut er das auf Kosten seines Arbeitgebers, insbesondere seiner direkten Kollegen, die ja in der Regel die Arbeit übernehmen müssen. Außerdem gibt es Leiden, bei denen man durch Ablenkung (z. B. Berufsalltag) schneller wieder auf die Beine kommt, als wenn man zu Hause seiner Störung völlig ausgeliefert bleibt. Wer sich andererseits im echten Krankheitszustand nicht schont, zögert dadurch seine Genesung hinaus und kann am Schluss länger ausfallen, als wenn er sich eine ausreichende und rechtzeitige Regeneration zugebilligt hätte.

Der Arzt wird - sofern er konsultiert wird - alle diese Überlegungen einschließlich des Befundes in seine Entscheidung einbeziehen und danach handeln. Er macht dies täglich und richtet sich dabei nach allgemein gültigen Richtlinien und eigenen Erfahrungswerten. Kurz: Der Patient kommt, klagt über sein Beschwerdebild, wird untersucht und das Ergebnis entscheidet die Frage einer Krankschreibung.

Was aber geschieht in der Manie? Der Maniker fühlt sich so leistungsfähig und „überhaupt so optimal wie nie“ und denkt gar nicht daran, 1. einen Arzt aufzusuchen und 2. sich krankschreiben zu lassen. Krankschreibung ist für Kranke, und davon ist er meilenweit entfernt. Ja, er wünscht den anderen aufrichtig ein ähnliches Wohlbefinden und vor allem mehr Aktivität, als er ringsherum registriert. Beim Maniker wird der Arzt also von der eventuell heiklen Frage erlöst, ob sich hier eine Krankschreibung rechtfertigt oder nicht. Doch die Realität sieht anders aus.

Wenn die Diagnose einer Manie feststeht und das Krankheitsbild dies nahelegt, sollte der Patient - ob er will oder nicht - krankgeschrieben werden. Damit lassen sich während der „stürmischsten Zeit“ wenigstens am Arbeitsplatz die folgenschwersten Schädigungen von Ansehen und Position eindämmen sowie ggf. wirtschaftliche/finanzielle Einbußen bzw. Folgeschäden im Betrieb vermeiden.

Darüber hinaus sollte die Krankschreibung in großzügigem zeitlichen Rahmen gewährt werden. Das ist manchmal sogar für den Arzt schwer einzusehen. Bei genauem Nachdenken aber gehört die Manie zu jenen Schicksalsschlägen, die eine ärztlich verordnete Freistellung unbedingt rechtfertigen:

Ein Maniker, der durch Neuroleptika und Lithiumsalze oder andere Arzneimittel langsam gedämpft wird, muss krankgeschrieben werden, bis die Sedierung konsequent greift und keine Fehlleistungen mehr zu erwarten sind. Das mag noch einleuchten. Ein Maniker hingegen, der sich nicht behandeln lässt und bei dem offenbar die Bedingungen für eine gerichtliche Unterbringung (UBG) in eine geschlossene Klinikstation - aus welchen Gründen auch immer - nicht gegeben sind (bzw. sich nicht durchsetzen lassen), muss ebenfalls krankgeschrieben werden, solange sein Leiden ihn auf allen Ebenen dem Ruin aussetzen droht.

Krankschreibung, ohne dass sich der Patient betreuen, geschweige denn gezielt behandeln lässt, das gibt es wahrscheinlich sonst nirgends - und ist einem Uneingeweihten auch nicht plausibel zu machen. Dennoch ist es berechtigt, ja zwingend. Denn die mangelnde Krankheitseinsicht ist ein Charakteristikum vieler seelischer Leiden. Bei der Manie aber gehört sie zum Kernsyndrom - in verheerender Weise durch maßlose Selbstüberschätzung und Fremdtäu-

schung verstärkt. Daran denkt der Arzt, obwohl ihm diese Krankschreibung manchmal selber schwer vermittelbar vorkommt. Vor allem wird es ihm auch noch schwer gemacht, den Patienten wenigstens einmal zu sehen, damit er sich persönlich ein Urteil bilden kann - von einer geordneten Erhebung der Vorgeschichte oder gar Untersuchung ganz zu schweigen. Glücklicherweise braucht es in einer manischen Hochstimmung nicht lange, bis man - unterstützt durch die Angaben der Angehörigen (Fremdanamnese) - weiß, worauf es hinausläuft.

Aber selbst eine ausklingende manische Episode kann zu Fehlhandlungen jeglicher Art verleiten - allerdings mit dem verhängnisvollen Unterschied, dass der Patient jetzt u. U. noch „normaler“ als sonst erscheint. Das aber ist ja die größte Gefahr generell: Ein Kranker, der nicht wie ein Kranker wirkt, kann naturgemäß auf kein Verständnis und keine Entschuldigung seitens der Allgemeinheit hoffen. Eine ausreichend lange Krankschreibung beugt deshalb diesem verhängnisvollen Fehlurteil vor. Nicht nur weil Personalchef und Betriebsangehörige dadurch der Ansicht sein können, die Krankheit ist „amtlich“, sondern weil der Kontakt zu ihnen unterbrochen ist, der sonst ggf. zu einem zwischenmenschlichen oder beruflichen Fiasko führen könnte.

Leider lassen sich manche Patienten trotz Krankschreibung am Arbeitsplatz sehen und sorgen für den befürchteten Wirbel. Entsprechend freigestellt, wird es sie aber wohl die meiste Zeit andernorts aufhalten, manche sogar „rumtreiben“ (siehe auch manische Getriebenheit). Damit wäre erreicht, dass sie sich später wenigstens wieder unbeschwerter am Arbeitsplatz sehen lassen können.

Die Krankschreibung eines Manikers ist keine Ideallösung und ohne weitere medikamentöse Maßnahmen natürlich keine Therapie. Sie kann aber den Schaden begrenzen helfen. Das ist nicht wenig, wie jeder bestätigen kann, der einen solchen Schicksalsschlag miterlebt hat - aktiv wie passiv.

Berentung/Pensionierung?

Eine vorgezogene *Berentung/Pensionierung* ist zwar für die Manie auch keine Lösung, wird aber bisweilen praktiziert, insbesondere bei Neigung zu Chronifizierung oder präventiv schwer beherrschbaren Rückfällen. Häufig kommt sich dann der Kranke im gesunden Intervall noch wertloser oder gar schuldiger vor, weil er aus dem Arbeitsprozess genommen werden musste und sich zeitlich noch mehr überlassen bleibt. Eine vorzeitige Berentung/Pensionierung ist zwar mitunter nicht zu umgehen, aber psychologisch gesehen kein Vorteil.

Natürlich kann eine Manie, insbesondere eine manisch-depressive Erkrankung mit immer wieder auftretenden Hochstimmungen und depressiven Phasen und damit unklarer Prognose, nicht nur für (insbesondere kleinere) Betriebe eine

fast untragbare Belastung werden, sondern auch den Betroffenen seelisch, psychosozial und sogar körperlich auf Dauer zermürben, nicht zuletzt durch den beruflichen Stress im mittleren und höheren Berufsalter. Andererseits hat der Berufsalltag auch eine psychophysisch und sozial stabilisierende Funktion, wie man aus den Folgen der Arbeitslosigkeit und bisweilen sogar des pandemischen Lockdowns ersehen kann.

Deshalb sollte man sich eine vorgezogene Berentung/Pensionierung im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung gut überlegen und lieber alle anderen Alternativen erwägen, bevor der Patient sich völlig selber überlassen bleibt. Es gibt auch Fälle, in denen dieser wohlmeinende Schritt erneute Rückfälle geradezu anzuheizen scheint - im manischen wie depressiven Bereich. Glücklicherweise ist eine krankheitsbedingt erzwungene Berentung/Pensionierung relativ selten.

Schlussfolgerung

Die beruflichen Folgen einer Manie sind schwer abzuschätzen. Letztlich hängen sie von folgenden Faktoren ab: Ausprägung des Beschwerdebildes und damit zwischenmenschlichen und wirtschaftlichen Fehlhandlungen, erstmalige Erkrankung oder Rückfall. Ferner Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsstruktur, Position, Art des Betriebs bzw. Arbeitsplatzes sowie Ersetzbarkeit des Betroffenen usw. Und natürlich auch von der Frage: therapiewillig, insbesondere was Dauer-Rückfallschutz anbelangt bzw. entgleisende Selbstbehandlungsversuche (z. B. Alkohol).

Direkte Konsequenzen sind eher selten. Das eigentliche Problem liegt vor allem in der Langzeitwirkung. Diese betrifft einerseits die Frage des Rückfalls, besonders bei Behandlungsunwilligkeit, was eine notwendige längerfristige medikamentöse Vorbeugung anbelangt. Zum anderen geht es um die Entscheidung, ob Arbeitgeber und Kollegen über die Krankheit informiert werden sollen oder ob man sich dem Zwang mühseliger Verheimlichungsversuche aussetzen will, die natürlich ihrerseits wieder Tuscheleien provozieren.

Die Verheimlichung ist auf jeden Fall eine Dauerbelastung, die viel Kraft kostet, was sich wieder in der langfristigen Prognose des Leidens niederschlagen könnte. Dafür lehrt die Erfahrung, dass jene Maniker, die ihre Krankheit angenommen bzw. sich damit konstruktiv abgefunden haben und offen darüber am Arbeitsplatz reden können, erstaunlich viel Einfühlungsvermögen, Anteilnahme und konkrete Unterstützung mobilisieren. Dies betrifft nicht nur die Mitarbeiter, sondern auch die Vorgesetzten - selbst diejenigen, denen man in manischer Direktheit in einem „befreienden Rundschlag“ einmal gründlich die Meinung gesagt haben sollte.

Schließlich sei in diesem Zusammenhang die vielleicht ungewöhnlich anmutende, letztlich aber noch mehr Unheil verhütende Krankschreibung empfohlen: Wenn die Diagnose einer Manie feststeht und das Krankheitsbild dies nahelegt, soll der Patient - ob er es richtig findet oder nicht - krankgeschrieben werden. Damit lassen sich wenigstens die folgenschwersten Schädigungen von Ansehen und Position sowie wirtschaftliche Schäden einschränken. Eine vorzeitige Berentung/Pensionierung dagegen sollte eher zurückhaltend gehandhabt werden. Hier sind im Allgemeinen die Nachteile auf lange Sicht größer als die Vorteile, die in der Regel nur kurzfristig zu überzeugen vermögen.

Eine vom Psychiater medikamentös gut eingestellte und regelmäßig kontrollierte manische Störung ist trotz der krankheits-typischen Rückfallgefahr kein Grund zu panischer Sorge. Früher vielleicht und je nach Schicksalsschlag, heute nicht mehr