A stylized, high-contrast illustration of two faces, likely representing a man and a woman, rendered in a graphic, almost pop-art style. The faces are framed by a thick black border. The color palette includes orange, yellow, blue, and purple. The illustration is partially obscured by a semi-transparent text box.

# Psychotherapie der Bipolaren Störung

Catharina Thüner, M.Sc. Psychotherapeutin i.W. (TP)

Tom Dreßler, M.Sc. Psychotherapeut i.W. (AP)

In der Psychiatrischen Institutsambulanz des Vivantes Humboldt- Klinikums

1. Psychotherapie- Verfahren allgemein
2. Leitlinie Psychotherapie/ VT
3. Psychodynamische Psychotherapie

# 1. Psychotherapie- Definition

*„PT ist ein geplanter und bewusster interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus für behandlungsbedürftig erklärt werden, mit psychologischen Mitteln [...] auf ein definiertes Ziel [...] auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“*

Ambulant: i.d.R. 1-3x/ Woche à 50min (12 + 12 KZT/ 60-300 LZT)

Teil-/stationär: in Tageskliniken oder Psychotherapiestationen einer Klinik

# 1. Psychotherapie im teilstationären Setting

## Therapieplan – Tagesklinik Bipolare Störungen

Mo		Di	Mi	Do		Frei
Morgenrunde		Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde		Morgenrunde
Verhaltenstraining Persönlichkeitsstile		Psychoedukation	Entspannung	Visite mit dem Team	PEER-Beratung	Genusstraining
Bewegungstherapie					Skills-Training	Lebensstil-Gruppe
Musiktherapie		Achtsamkeit	Psychoedukation	Selbstmanagement		Qi Gong
Mittagspause		Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause		Mittagspause
Walking		Walking	Walking	Life Chart-Gruppe		Wochenabschlussrunde
Pflege- sprech- stunde	Ergotherapie	Ergotherapie	Pflege- sprech- stunde	Ergotherapie	Rezidivprophylaxe-Gruppe	
	Kognitions-gruppe	Interaktionelle Gruppenarbeit		Kognitions- gruppe		
		Angehörigen- gruppe				

DGBS- Tagung 2017 – Dipl. Psych. Yvonne Zeisig

Behandlungsangebot für Menschen mit bipolaren affektiven Störungen am Humboldt-Klinikum Berlin

(Kognitive) Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Analytische Psychotherapie

NEU: Systemische Psychotherapie

# 1. Verhaltenstherapie

- Psychologische Interventionen basierend auf wissenschaftlichen Modellen menschlichen Verhaltens, Denkens & Erlebens (Dobson, 2000)
- Störungsspezifische Behandlung (nach Manual)
- Fokus im Hier-und-Jetzt, Arbeit am Symptom, Hausaufgaben, Exposition
- Basierend auf Lerntheorien → Veränderungen im Verhalten
- Kognitive Umstrukturierung: dysfunktionale Gedanken erkennen (z.B. durch Achtsamkeit) und verändern
- Erlernen von Entspannungstechniken
- Bis zu 80 Sitzungen durch Kasse, i.d.R. 1x/ W

(aus Leichsenring et al., 2006)

- In D: tiefenpsychologisch fundierte PT und analytische PT
- Interventionen: Deuten, Konfrontieren, Klären → Einsicht ins Unbewusste fördern
- Freie Assoziation, Arbeit mit Symbolen, Übertragung, Regression, Widerstand
- TP: Fokus- abgewehrter unbewusster Konflikt aus der Kindheit aktualisiert im Hier- und Jetzt bearbeiten, bzw. strukturelle Defizite in bestimmten Bereich („Ich-Funktionen“), bis 100 Sitzungen; i.d.R. 1x/ W
- AP: „Rundumschlag“, daher 300 Sitzungen; 3x/ W
- Grundlage: Abstinenz, Neutralität, therapeutische Allianz

(aus Leichsenring et al., 2006)

# 1. Andere Therapieverfahren

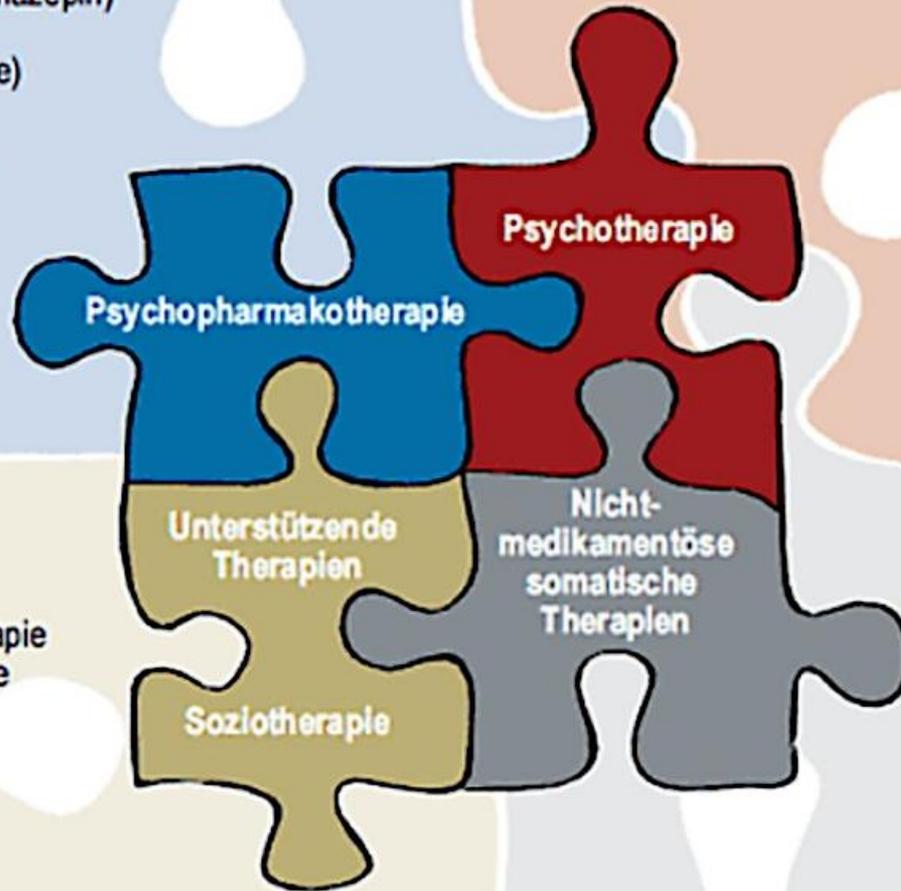
- Systemische PT seit Nov. 2018 als Richtlinienverfahren anerkannt, derzeit Anpassung der PT- Richtlinie
- Psychische Störungen sind Teil einer gestörten Interaktion und Kommunikation. Ein „System“ ist gestört und der Patient „spricht“ es durch seine Symptome aus
- Nicht durch die Kassen finanziert/ kein Richtlinienverfahren:
  - Humanistische PT/ Gesprächstherapie
  - Gestalttherapie

## Wirkstoffgruppen:

- klassische Stimmungsstabilisierer (Lithium, Valproat, Lamotrigin, Carbamazepin)
- Neuroleptika (atypische, typische)
- Antidepressiva (TZA, SSRI, SNRI, SSNRI, MAO-H)
- Kombinationen der genannten Gruppen

## Unterstützende Therapieformen:

- Entspannungstherapie
- Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Kunsttherapie
- Musiktherapie
- Tanztherapie



## Psychotherapieformen:

- psychoedukative Therapie (einfach, ausführlich und interaktiv)
- kognitive Verhaltenstherapie
- familienfokussierte Therapie
- interpersonelle und soziale Rhythmustherapie

## Nichtmedikamentöse somatische Verfahren:

- Elektrokonvulsionstherapie
- Lichttherapie
- Wachtherapie (Schlafentzug)
- neuere Hirnstimulationsverfahren (zum Beispiel rTMS, VNS)

(mit freundlicher Genehmigung von Dipl.-Psych. und Psychologische Psychotherapeutin Yvonne Zeisig)

## Wirkstoffgruppen:

- klassische Stimmungsstabilisierer (Lithium, Valproat, Lamotrigin, Carbamazepin)
- Neuroleptika (atypische, typische)
- Antidepressiva (TZA, SSRI, SNRI, SSNRI, MAO-H)
- Kombinationen der genannten Gruppen

## Psychotherapieformen:

- psychoedukative Therapie (einfach, ausführlich und interaktiv)
- kognitive Verhaltenstherapie
- familienfokussierte Therapie
- interpersonelle und soziale Rhythmustherapie



## Standpunkt der S3-Leitlinie zu Psychotherapie von bipolaren Störungen:

- PT als Ergänzung, nicht als Alternative zur Medikation
- Medikation allein verhindert häufig nicht weitere Rückfälle

- Ergotherapie
- Kunsttherapie
- Musiktherapie
- Tanztherapie

## Soziotherapie

- Wachttherapie (Schlafentzug)
- neuere Hirnstimulationsverfahren (zum Beispiel rTMS, VNS)

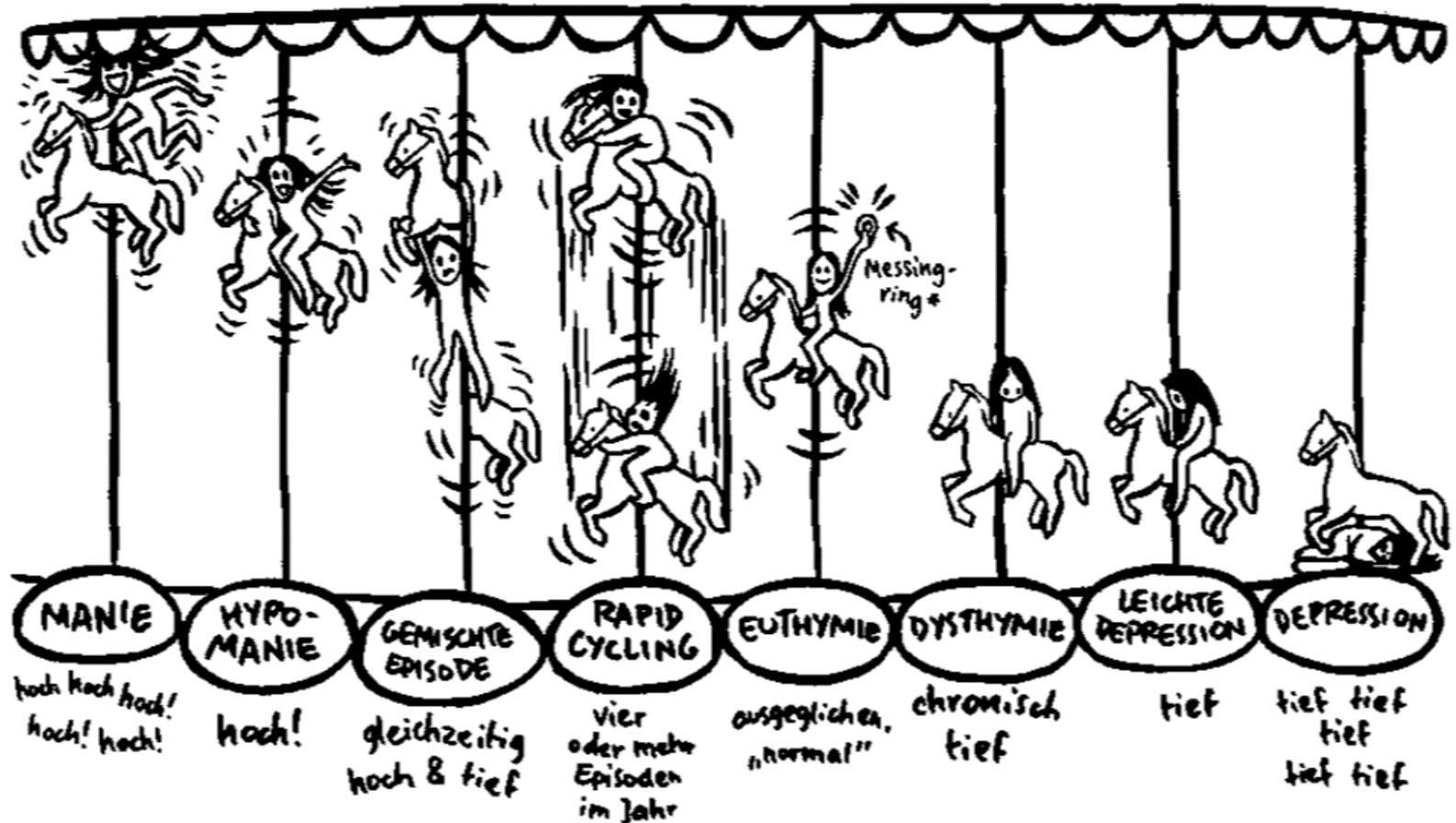
(mit freundlicher Genehmigung von Dipl.-Psych. und Psychologische Psychotherapeutin Yvonne Zeisig)

### **„Aufrechterhaltung eines höchstmöglichen psychosozialen Funktionsniveaus“**

- Aufbau von Therapiemotivation
- Wissensvermittlung über Erkrankung
- Erkennen der (Früh-)Symptome und dysfunktionaler Gedanken
- Problemlösestrategien
- Vermittlung von Strategien zur Verhinderung von Rückfällen/Rezidiven (Stratmann & Konrad, 2012)

(DGBS e.V. & DGPPN e.V., 2012)

## 2. Phasenspezifische Psychotherapie?



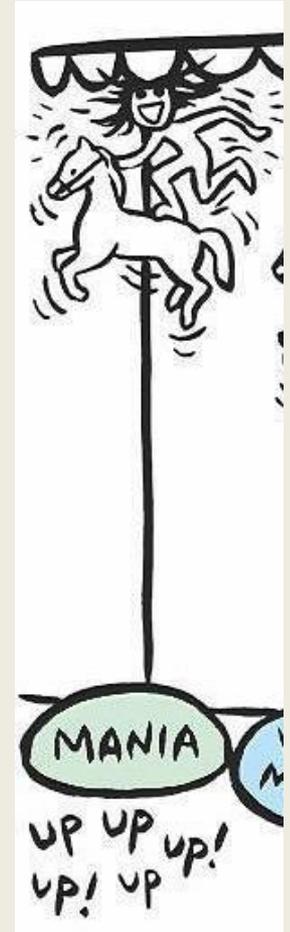
(Ellen Forney, 2013)

### 1. Fallbeispiel:

Herr Schulze kommt von Angehörigen begleitet auf die Akutstation. Er ist psychomotorisch unruhig, verkündet lautstark, dass er es dem amtierenden Bürgermeister am Wahlwochenende gezeigt habe und er nun an der Reihe sei. Sein Redefluss lässt sich nur punktuell unterbrechen. Er springt zwischen den Themen und stellt wenig nachvollziehbare Verbindungen her.

Was gibt es psychotherapeutisch zu tun/ zu beachten?

Was wird in der S 3 – Leitlinie empfohlen?



Statement	Empfehlungsgrad
<b>Therapie-Manie26</b> Es gibt bislang keine empirischen Belege, dass eine spezifische Psychotherapie oder eine Psychoedukation bei der Behandlung einer akuten manischen Episode wirkt.	<b>Statement</b>

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<b>Therapie-Manie27</b> Bei leichten Manien und Hypomanien kann eine Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Familien-fokussierte Behandlung) angeboten werden, um positive Effekte auf die Dauer und Intensität der Symptome zu erzielen, indem gemeinsam verhaltensnahe Maßnahmen erarbeitet werden (z. B. konkrete tagesbezogene Aktivitätenpläne, klare Tagesstruktur, eindeutige und umrissene Zielvereinbarungen).	<b>0</b>

### Empfehlungsklassen\*

- A (starke Empfehlung) („soll“)
- B (einfache Empfehlung) („sollte“)
- 0 (Null) (Empfehlung offen) („kann“)
- KKP (Klinischer Konsenspunkt): für Fragestellungen, in denen zum Beispiel Studien aufgrund ethischer Überlegungen nicht zu erwarten sind oder solche methodisch nicht umzusetzen sind, gleichwertig gegenüber evidenzbasierten Empfehlungsgraden A bis 0, Art der Formulierung drückt Stärke der Empfehlung aus
- Statement: für Fragestellungen, in denen zum Beispiel keine adäquate Evidenz gefunden wurde, aber dennoch eine Aussage festgehalten werden sollte.

\*in Übereinstimmung mit den AWMF-Definitionen

### Was gibt es psychotherapeutisch zu tun/ zu beachten?

- bestehendes Vertrauensverhältnis zum ambulanten Behandler wichtig (Stamm, 2018)
- bestehende ambulante Psychotherapie kann evtl. stationären Aufenthalt verkürzen (Stamm, 2018)
- Primäres Ziel: Deeskalation (Brakemeier & Jacobi, 2017)
  - ruhige, begrenzend und neutrale therapeutische Grundhaltung
- Bei fehlender Krankheitseinsicht, Behandlungsbereitschaft: Beziehung über belastende Begleitsymptome (z. B. Schlafstörung, Konzentrationsstörung) aufbauen (Stratmann & Konrad, 2012)

### Strategien (Brakemeier & Jacobi, 2017)

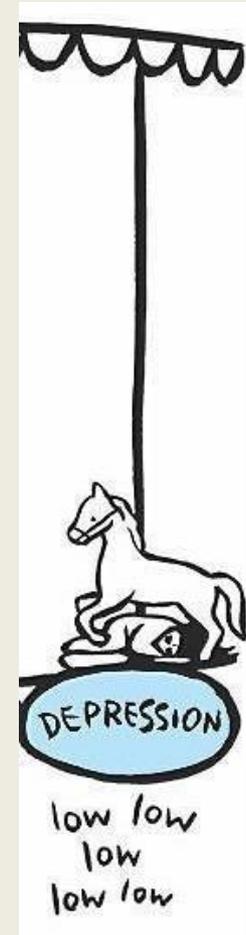
- behutsames Besprechen Stimmungstagebuchs
- mit Einverständnis (Betroffenen) gemeinsames Durchgehen der diagnostischen Kriterien für eine Manie
- gemeinsames Besprechen von riskanten/problematischen Verhaltensweisen
- Einplanen von Ruhepausen (Reizabschirmung)
- gemeinsames Planen der Tagesstruktur für die nächsten Tage

### 2. Fallbeispiel:

Frau Bauer leidet an einer Bipolar-I-Störung und ist ggw. sehr niedergeschlagen, hat keine Energie, hält sich fast 24h im Bett auf. Im Gespräch ist sie zurückhaltend, antwortet zeitverzögert und fragt mehrfach, ob ihre Krankenkasse schon über die Behandlung Bescheid weiß.

Was gibt es psychotherapeutisch zu tun/ zu beachten?

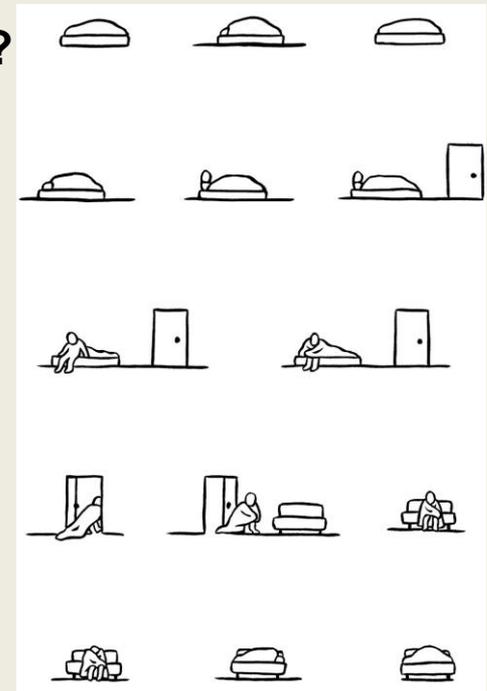
Was wird in der S 3 – Leitlinie empfohlen?



Empfehlung	Empfehlungsgrad
<b>Therapie-Depression29</b> Zur Behandlung akuter depressiver Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Empirische Belege liegen für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Familien-fokussierte Behandlung (FFT) und die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie (IPSRT) vor.	<b>B</b>

### Was gibt es psychotherapeutisch zu tun/ zu beachten?

- Behandlung weitestgehend identisch mit depressiven Episoden einer unipolaren Depression, d.h. Ziele wie Entwicklung Entstehungsmodell, Steigerung positiv erlebter Erfahrungen, Überwindung sozialer Defizite usw. (Brakemeier & Jacobi, 2017)



(Ellen Forney, 2013)

### 3. Fallbeispiel:

Herr Müller, ein alleinstehender Rentner mit bekannter bipolarer Störung („seit 40 Jahren“), schildert seine Verzweiflung über die anhaltenden Stimmungs- und Antriebsschwankungen, die Nebenwirkungen der Psychopharmaka und krankheitsbedingten Einschränkungen im sozialen Bereich. Der adipöse Pat. habe letzte Woche von seinen ambulanten Fachärzten erfahren, dass er seinen seit einigen Jahren bekannten Diabetes fortan mit selbstapplizierten Insulinspritzen behandeln müsse und dass eine Bypass-OP indiziert sei. Er habe keine Kraft mehr, sehe keinen Sinn mehr, sich dem Ganzen auszusetzen.

Was gibt es psychotherapeutisch zu tun/ zu beachten?

Was wird in der S 3 – Leitlinie empfohlen?

### 3. Fallbeispiel:

Herr Müller, ein alleinstehender Rentner mit bekannter bipolarer Störung („seit 40 Jahren“), schildert seine Verzweiflung über die anhaltenden Stimmungs- und Antriebsschwankungen, die Nebenwirkungen der Psychopharmaka und krankheitsbedingten Einschränkungen im sozialen Bereich. Der adipöse Pat. habe letzte Woche von seinen ambulanten Fachärzten erfahren, dass er seinen seit einigen Jahren bekannten Diabetes fortan mit selbstapplizierten Insulinspritzen behandeln müsse und dass eine Bypass-OP indiziert sei. Er habe keine Kraft mehr, sehe keinen Sinn mehr, sich dem Ganzen auszusetzen.

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<b>Suizidalität13</b> Bei suizidgefährdeten Patienten soll eine Psychotherapie in Betracht gezogen werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert. Das kurzfristige Ziel besteht dabei in intensiver Kontaktgestaltung und aktiver unmittelbarer Unterstützung und Entlastung bis zum Abklingen der Krise. Bei suizidgefährdeten Patienten kann eine tragfähige therapeutische Beziehung per se suizidpräventiv wirken.	<b>KKP</b>

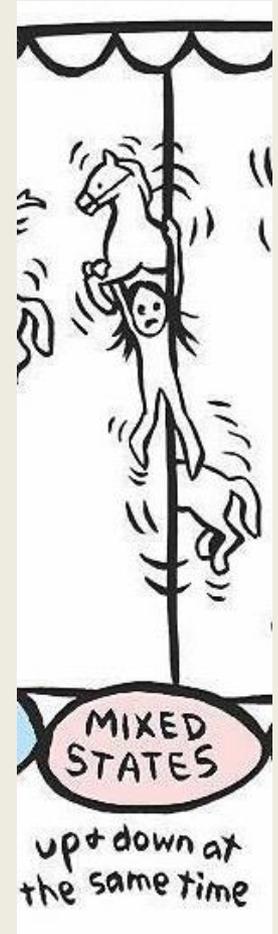
## 2. S3-Leitlinie: Akutphase – gemischte Episode

### 4. Fallbeispiel „Frau Saubermann“:

Bipolare Pat. schildert traurige Stimmung, Unruhe, Ängste, Schlafstörungen. Um der Symptomatik entgegenzuwirken habe sie sich aufgerafft und Aktivitäten durchgeführt. Gestern z.B. habe sie direkt morgens um 4 Uhr die Fenster geputzt und im Anschluss den Rasen gemäht, aber nichts habe ihr bislang geholfen.

Was gibt es psychotherapeutisch zu tun/ zu beachten?

Was wird in der S 3 – Leitlinie empfohlen?



### 4. Fallbeispiel „Frau Saubermann“:

Bipolare Pat. schildert traurige Stimmung, Unruhe, Ängste, Schlafstörungen. Um der Symptomatik entgegenzuwirken habe sie sich aufgerafft und Aktivitäten durchgeführt. Gestern z.B. habe sie direkt morgens um 4 Uhr die Fenster geputzt und im Anschluss den Rasen gemäht, aber nichts habe ihr bislang geholfen.

Statement	Empfehlungsgrad
<b>Therapie-Manie28</b> Die Frage, ob eine psychotherapeutische Behandlung bei der Behandlung einer gemischten Episode im Rahmen einer Bipolaren Störung wirksam ist, kann aufgrund der mangelnden Evidenz zu dieser Fragestellung nicht beantwortet werden.	<b>Statement</b>

### Was gibt es psychotherapeutisch zu tun/ zu beachten?

- schwierig zu behandeln
- Suizidgefahr hoch, wenn depressive Symptome bei gleichzeitig gesteigerter Aktivität vorliegen

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<b>Therapie-Prophylaxe23</b> Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung einer Bipolaren Störung sollte eine ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation durchgeführt werden.	<b>B</b>

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<b>Therapie-Prophylaxe24</b> Eine rezidiv-prophylaktische Behandlung einer Bipolaren Störung mit einer manualisierten, strukturierten kognitiven Verhaltenstherapie kann bei aktueller Stabilität und weitgehend euthymer Stimmungslage empfohlen werden.	<b>0</b>

**Tabelle 38.1** Basismodule in der Rezidivprophylaxe Bipolarer Störungen (Darstellung erfolgt in Anlehnung an Meyer & Hautzinger, 2013)

	<b>Modul</b>	<b>Inhalte und spezifische Ziele</b>
(1)	Motivation und Psycho- edukation (Therapie- beginn)	Aufbau der therapeutischen Beziehung
		Darstellung des Therapiekonzeptes
		gemeinsame Erarbeitung von Basiswissen (z. B. Medikation) und des Vulnerabilitäts-Stress-Modells
(2)	Selbstmonitoring + Individuelle Rezidiv- analyse (Fallkonzeption)	Bearbeitung potenzieller Probleme in der aktiven Mitarbeit
		Identifikation individueller Warnsignale
		Erarbeitung eines individuellen Rückfallmodells
		Identifikation von spezifischen Therapiezielen im Hinblick auf die weiteren Module

(Brakemeier & Jacobi, 2017)

## 2. Manualisierter Behandlungsplan

(3)	Hauptphase	
(3a)	Aktivitätsniveau und Kognition in der Manie und Depression	Identifikation und Abbau von Verhaltensweisen, die das Auftreten oder Persistieren manischer und/oder depressiver Episoden begünstigen
		Einführung zentraler Konzepte wie »automatische Gedanken«
		Identifikation und Bearbeitung von kognitiven Prozessen, die das Auftreten oder Persistieren affektiver Symptome begünstigen
(3b)	Problemlösestrategien + interpersonelles Verhalten	Erarbeitung individueller Problemlösungen
		soziale Kompetenzen: Umgang mit Konflikten und Kommunikation (z. B. Ausdrücken von Gefühlen und Bedürfnissen, selbstsicheres Auftreten)
(3c)	Wahrnehmung von Emotionen + Achtsamkeit	verbesserte Wahrnehmung von Gefühlen und Beachtung des eigenen Stresslevels
		erhöhte Akzeptanz negativer Gefühle
		Achtsamkeitsübungen
(4)	Notfallplan	Standortbestimmung der Therapie
		Erarbeitung von Notfallplänen für Depression und Manie (Notfallpläne sollten bereits früh in der Therapie eingeführt und im Verlauf ergänzt werden)

(Brakemeier & Jacobi, 2017)

## 2. Evidenzbasierte Psychotherapie

- Weniger Befunde im Vergleich zu anderen Erkrankungen (Brakemeier & Jacobi, 2017)
- Grundsätzlich positive Effekte, jedoch Abhängigkeit von Zielkriterium z.B. „Rezidiv“, „Reduktion depressiver Symptome“, „Zeit bis zum Rezidiv“, „Zunahme an Lebensqualität“ (Brakemeier & Jacobi, 2017)
- Wirksame Psychotherapieverfahren: Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie (KVT), interpersonelle und soziale Rhythmustherapie (IPSRT), familienfokussierte Therapie (FFT) (DGBS e.V. & DGPPN e.V., 2012)

**Tab. 1** Schematische Darstellung inhaltlicher Wirkkomponenten der evidenzbasierten Psychotherapieverfahren

Verfahren	Wissensvermittlung	Symptommanagement	Kommunikationsskills	Problemlösen	Einbezug von Angehörigen	Gruppensetting/ Einzelsetting	Therapeutischer Schwerpunkt
PE	++	++	(+)	(+)	(+)	G/(E)	Pädagogischer Ansatz
KVT	++	++	+	++	(+)	G/E	Kognitive Umstrukturierung Umlernen
FFT	+	(+)++	++	+	++	(G)/E	Systemische Integration von Familienangehörigen Verbesserung des interfamiliären Umgangs
IPSRT	+	++	++	+	(+)	(G)/E	Entwickelt für die Rückfallprophylaxe Bearbeitung negativer Emotionen verbunden mit dem Verlust des „gesunden Selbst“

++ Hauptbestandteil, + enthalten, (+) bei Bedarf enthalten

E Einzelsetting, FFT familienfokussierte Therapie, G Gruppensetting, IPSRT interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, KVT kognitive Verhaltenstherapie, PE Psychoedukation (Stamm, Sondergeld, Juckel & Bauer, 2018)

- Wirksamkeit der Akutbehandlung: KVT wirksam bei Akutsymptomatik, Erhaltung der Funktionsfähigkeit und Verkürzung von Phasen, FFT und IPSRT reduzieren Rückfallraten (Mühlig S., Bernd C. & Haorig F., 2014)
- Wirksamkeit der Phasenprophylaxe: PE beeinflusst Lebensqualität, Rückfallrate, Häufigkeit störungsbedingter Krankenhausaufenthalte, Medikamentencompliance (Stamm et al., 2018)

Statement	Empfehlungsgrad
<p><b>Therapie-Grundsätzliches<sup>8</sup></b></p> <p>Effiziente Psychotherapie bei Bipolaren Störungen umfasst zumindest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation</li> <li>• Selbstbeobachtung von Stimmungsveränderungen, Ereignissen, Verhalten und Denken</li> <li>• Reflexion von Erwartungen und Maßstäben</li> <li>• Förderung von Kompetenzen zum Selbstmanagement von Stimmungsschwankungen und Frühwarnzeichen</li> <li>• Normalisierung und Stabilisierung von Schlaf-Wach- und sozialem Lebensrhythmus</li> <li>• Stressmanagement</li> <li>• Aktivitätenmanagement</li> <li>• Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung</li> <li>• Einbezug der Angehörigen</li> <li>• Vorbereitung auf Krisen und Notfälle (Rückfälle).</li> </ul>	<p><b>Statement</b></p>

(DGBS e.V. & DGPPN e.V., 2012)

- **„Hinter dem Symptom steht der Konflikt“**

- Unbewusste, gegensätzliche Wünsche und Bedürfnisse sowie die damit verbundenen Ängste, Gefühle und Phantasien werden durch Symptome *pseudogelöst* – aber auf Kosten des Wohlbefindens, der Anpassungsfähigkeit und Leistungsfähigkeit

- **„Die ewige Wiederkehr des Gleichen“**

- Konflikte sind in der Kindheit erworben und drängen danach, sich immer wieder neu – in anderer Zeit, in einem anderen Raum, mit anderen Menschen – darzustellen und lösen zu wollen.
- So alt wie die Konflikte sind aber auch die beteiligten Ängste, Gefühle und Phantasien – wir wehren Konflikte ab oder arrangieren uns irgendwie mit ihnen um die alten Wunden nicht aufzureißen
- Aktuelle Situationen können den Konflikt „hochholen“:  
Endlich könnte es klappen VS. Es wird nun nie mehr klappen

## Depression

- „Ich will Dir unbedingt ganz nah sein, aber dafür muss ich mich komplett unterwerfen“  
VS  
“Ich will Dir zeigen, wie wütend ich bin, aber dann verliere ich dich und fühle Schuld“
- Depression „erlaubt“ Wut, Anklage, Einfordern von Versorgung, Rebellieren, Trennung  
*aber auch*
- Unterwerfung, Schuld, Minderwertigkeit und anklammerndes Suchen nach Nähe

### *Therapie:*

- Depression als derzeit einzige Form des Ausdrucks der Befindlichkeit verstehen.
- Den Konflikt in aktuellen Beziehungen, v.a. zum „dominanten Partner“ entdecken
- „Lebenslange Vorarbeit“, z.B. durch zu viel Harmonie, Unterwürfigkeit, Selbstverleugnung, Konfliktvermeidung
- Mit Therapeuten Nähe ohne Scham und Autonomie ohne Schuld erleben

## Manie

- „Manische Aussage“ - es steckt Sinn und Botschaft auch hinter unverständlichem Verhalten, Denken und Fühlen
- Der „Freiheitsrausch“ der Manie ermöglicht das Abschütteln von Ängsten, Gefühlen der Minderwertigkeit, der Abhängigkeit, dem Erwartungsdruck, den Schuldgefühlen
  - *aber*
- „kostet“ den Aufbau einer Phantasiewelt, die irgendwann plötzlich zerbrechen kann.

### *Therapie:*

- Vorgehen nach S3-Leitlinien bei akuten manischen Episoden
- Zuhören: Motive von Emanzipation wahrnehmen und anschließend nutzen
- „Was macht Sie so traurig?\": Manie als Schutzschild erkennen
- Gegensätze in der Persönlichkeit anders lösen als Unterwerfen vs. „Superheld“

- Ich habe vor 5 Monaten 60 Sitzungen VT abgeschlossen, habe nach dem Tod meines Onkels vor 3 Wochen eine erneute depressive Krise entwickelt. Darf ich weiter Psychotherapie machen?
- Ich kann jetzt dank meiner VT jetzt Frühwarnzeichen erkennen und fühle mich insgesamt viel stabiler. Ich würde jetzt gerne meine schwierige Kindheit aufarbeiten. Kann ich jetzt eine tiefenpsychologische Psychotherapie machen?
- Ich habe gerade eine TP angefangen, habe aber in der laufenden Behandlung „schlimme Gedanken“ entwickelt. Darf ich da jetzt einfach in die Klinik? Und wenn ich gehe, kann ich dann danach weiter machen?
- Hat auch Psychotherapie Nebenwirkungen?
- Warum denn 100 Sitzungen, wenn auch 24 gehen?
- Ich habe jetzt eine LZT (TP) gemacht, bin ich jetzt gesund?
- Ich bin doch einfach nur echt gut drauf. Da brauche ich doch keine Psychotante, oder?

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

American Psychiatric Association. (2017, 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA.

Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis* (1. Auflage). Weinheim: Beltz.

Crace, J. (2013). *Ellen Forney`s Marbles: Manie, Depression, Michelangelo & Me - in pictures*. Zugriff am 30.09.2018. Verfügbar unter [www.ourdailyread.com](http://www.ourdailyread.com)

DGBS e.V. & DGPPN e.V. (2012). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion*. Verfügbar unter [awmf.org](http://awmf.org)

Dilling, H. (Hrsg.). (2011). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10 : DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR* (5., überarb. Aufl. unter Berücks. der German Modification (GM) der ICD-10, Nachdr). Bern: Huber.

Hautzinger, M. & Meyer, T. D. (2011). *Bipolar affektive Störungen. Fortschritte in der Psychotherapie* (Bd. 43). Göttingen: Hogrefe.

Mike Figgis. (1993). *Mr. Jones*. Zugriff am 01.10.2018. Verfügbar unter <https://mubi.com/films/mr-jones>

Mühlig S., Bernd C. & Haorig F. (2014). *Wie wirksam sind Psychotherapien bei Bipolaren Störungen im Vergleich: Ergebnisse einer Cochrane-Analyse*. Jahrestagung.

Pfennig, A., Bschor, T., Baghai, T., Bräunig, P., Brieger, P., Falkai, P. et al. (2012). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen: Entwicklungsprozess und wesentliche Empfehlungen. *Der Nervenarzt*, 83, 568–586. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3415-3>

Severus, E. & Bauer, M. (2014). Bipolare Störungen im DSM-5. *Nervenarzt*, 543–547. Verfügbar unter DOI 10.1007/s00115-013-3987-1

Stamm, T. J., Sondergeld, L.-M., Juckel, G. & Bauer, M. (2018). Psychotherapie für Menschen mit bipolaren Störungen : Übersicht über evidenzbasierte Verfahren und neuere Entwicklungen. *Der Nervenarzt*, 89, 263–270. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0482-8>

Stratmann, M., & Konrad, C. (2012). Manie, Bipolare Störung. In T. Kircher (Ed.), *Kompendium der Psychotherapie* (pp. 135–171). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Kasper S, Kapfhammer HP, Bach M, Butterfield-Meissl C, Erfurth A, Haring C, Hausmann A, Hofmann P, Kalousek M, Klier C, Marksteiner J, Mühlbacher M, Oberlerchner H, Psota G, Rados C, Sachs GM, Windhager E, Winkler J, Wrobel M (2013) Bipolare Störungen. Konsensus-Statement – State of the art 2013. *CliniCum neuropsy Sonderausgabe* November 2013