

Holger Himmighoffen und Heinz Böker

## Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

### in der Psychotherapie von Patienten mit bipolarer affektiver Störung

#### Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) in the Psychotherapy of Patients with Bipolar Affective Disorder

##### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) hat sich als ein reliables und valides Instrument für die psychodynamische Diagnostik und Therapieplanung bewährt und findet eine breite praktische Anwendung bei diversen psychischen Störungen, d. h. neurotischen, aber auch nichtneurotischen Störungsbildern wie psychosomatischen oder strukturellen Störungen (Persönlichkeitsstörungen oder Perversionen). Es fällt aber auf, dass die OPD bei schweren psychischen Störungen, die traditionellerweise in die Domäne psychiatrischer Behandlung fallen – wie schwere unipolare oder bipolare affektive Störungen oder Schizophrenien – eher selten Anwendung findet, und das, obwohl gut elaborierte und auch in der Praxis bewährte psychodynamische und psychoanalytische Erklärungsansätze und Behandlungskonzepte für diese psychischen Störungen existieren (vgl. Mentzos, 1995, 1992, 2009). Bei bipolaren affektiven Störungen werden innerhalb der Psychiatrie psychodynamische Konzepte kaum berücksichtigt; hier liegt zumeist der Schwerpunkt klar auf neurobiologischen und somatischen Erklärungs- und Behandlungsansätzen.

**Methode:** Anhand eines Behandlungsfalles soll die Anwendung der OPD und ihre Nützlichkeit für die Psychotherapie von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen beispielhaft illustriert werden. Die nach erfolgter Remission einer schweren depressiven Episode erhobenen und dargestellten OPD-Befunde bei dem beschriebenen bipolaren Patienten werden in ihrer Bedeutung für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und den Verlauf der Behandlung über einen Zeitraum von 7 Jahren diskutiert.

**Ergebnisse:** Die OPD ergab bei diesem bipolaren Patienten neben einem gering integrierten Strukturniveau einen Hauptkonflikt von „Individuation versus Abhängigkeit“ sowie ein spezifisches habituelles und dysfunktionales Beziehungsmuster. Diese relevanten psychodynamischen Auffälligkeiten lagen im remittierten Zustand und unabhängig von der klinischen affektiven Symptomatik vor und hatten einen erheblichen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Erkrankung sowie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

**Schlussfolgerungen:** Mit der OPD lassen sich wesentliche intrapsychische und interpersonelle Konflikte und persönlich-

##### Summary

**Background:** The Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) has proven to be a reliable and valid instrument for psychodynamic diagnostics and treatment planning for psychodynamic psychotherapy and is used for a variety of mental disorders, i.e. neurotic and non-neurotic disorders (psychosomatic or structural disorders like personality disorders or perversions). However, it is rarely applied for severe psychiatric disorders like severe unipolar depressive and bipolar affective disorders or schizophrenias in spite of well elaborated psychodynamic and psychoanalytical concepts and treatment approaches for these mental disorders (Mentzos, 1995, 1992, 2009). In psychiatry, psychodynamic concepts of bipolar affective disorders are rarely taken into account; there is a focus on neurobiological concepts and approaches.

**Method:** The application and usefulness of the OPD for the psychotherapy of bipolar patients is demonstrated by a treatment case. In the described bipolar patient, the OPD was carried out after remission from a severe depressive episode. The results of the OPD are discussed in the context of their relevance for the development of the therapeutic relationship and the course of treatment and the progression of the bipolar disorder itself over a period of 7 years.

**Results:** The OPD showed in this bipolar patient a low level of structural integration, a main conflict of individuation versus dependency and a specific habitual and dysfunctional relationship pattern. These relevant psychodynamic aspects in the remitted state were independent of clinical affective symptoms and had a great impact on the further course of the disorder and the formation of the therapeutic relationship.

**Conclusions:** The OPD makes it possible to identify relevant intrapsychic and interpersonal conflicts and problems of personality structure in bipolar patients, thus greatly influencing the course and outcome of the treatment. The psychotherapeutic attitude towards bipolar patients should include a more active role for the therapist and greater focus on the interactive dialogue (German: „Handlungsdialog“) and the maintenance of the contact between therapist and patient to improve treatment continuity. The OPD can be considered a very useful clinical and diagnostic method also for the treatment of patients with bipolar affective disorders.

keitsstrukturelle Probleme bei bipolaren Patienten aufzeigen, die einen großen Einfluss auf den Verlauf und die Behandlung der Erkrankung haben. Die psychotherapeutische Haltung gegenüber bipolaren Patienten sollte durch größere Aktivität des Therapeuten, Fokussierung auf den Handlungsdialog und die Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen Behandler und Patient geprägt sein, um die Behandlungskontinuität zu verbessern. Die OPD kann als klinisch und diagnostisch relevantes Verfahren auch bei der Behandlung von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen als besonders geeignet angesehen werden.

### Schlüsselwörter

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD – bipolare affektive Störung – Psychotherapie – therapeutische Beziehung

### Keywords

Operationalized Psychodynamic Diagnosis – OPD – bipolar affective disorder – psychotherapy – therapeutic relationship

## ■ Einleitung

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) hat sich seit ihrer Entwicklung Mitte der 1990er Jahre (Arbeitskreis OPD, 2004) und ihrer Weiterentwicklung zur OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) als ein bewährtes, reliables und valides Instrument für die psychodynamische Diagnostik und Therapieplanung etabliert. Dabei wurde sie hauptsächlich bei den neurotischen Störungen angewendet, die schon seit den Anfängen der psychoanalytischen Psychotherapie deren Kernindikationsbereich darstellen. Daneben – mit der Weiterentwicklung psychodynamischer Konzepte in Bezug auf nichtneurotische Störungsbilder, d. h. psychosomatische und sogenannte frühe oder strukturelle Störungen (zumeist Persönlichkeitsstörungen oder auch Perversionen) – kann zudem die OPD bei diesen Störungen zum Einsatz kommen. Es fällt aber auf, dass die OPD eher selten bei schweren psychischen Störungen, die traditionellerweise in die Domäne psychiatrischer Behandlung fallen – wie schwere unipolare oder bipolare affektive Störungen oder Schizophrenien – Anwendung findet, und das, obwohl gut elaborierte und auch in der Praxis bewährte psychodynamische und psychoanalytische Erklärungsansätze und Behandlungskonzepte für diese psychischen Störungen existieren (vgl. Mentzos, 1992, 1995, 2009).

Innerhalb der Psychiatrie werden im Hinblick auf bipolare affektive Störungen psychodynamische Konzepte kaum berücksichtigt und in der gängigen psychiatrischen Standardliteratur so gut wie nicht erwähnt oder wenn, dann nur sehr rudimentär behandelt (vgl. Goodwin & Jamison, 2007; Marneros, 2004; Möller, 2002; Möller, Laux & Kapfhammer, 2006). Es besteht zumeist ein klarer Schwerpunkt auf neurobiologischen und somatischen Erklärungs- und Behandlungsansätzen. Gleichzeitig wird wiederholt die multifaktorielle Genese bipolarer Störungen betont, in der Faktoren wie die Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung mit einbezogen werden, ohne dass diese aus psychodynamischer Perspektive eingehend betrachtet werden. Obwohl zur Behandlung bipolarer Störungen mittlerweile etablierte und wirksame medikamentöse Therapieoptionen mit stimmungsstabilisierenden Substanzen, atypischen Neuroleptika und auch Antidepressiva existieren, zeigt eine

alleinige medikamentöse Behandlung hohe Rückfallraten (Coryell et al., 1995; Kulhara et al., 1999; Marneros, 2004), so dass ergänzende psycho- und soziotherapeutische Behandlungen von Bedeutung sind. Bei Empfehlung psychotherapeutischer Verfahren zur Behandlung von bipolaren Störungen sind dies zumeist solche, die sicher wertvolle Beiträge zu einer verbesserten Therapieadhärenz und Krankheitsbewältigung bieten, die aber die psychodynamische Perspektive nicht oder nur geringfügig einbeziehen (wie beispielsweise Psychoedukation, KVT, Family Focused Treatment, Interpersonal Social Rhythm Therapy). Forschungsergebnisse zur Psychotherapie bei bipolaren Störungen zeigen, dass alle eingesetzten Verfahren zu einer Verbesserung der Therapieadhärenz führten (Cochran, 1984) und sich auch sonst in der Behandlung als effektiv erwiesen (Böker, 2002).

Die Befunde zu Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen machen deutlich, dass eine kontinuierliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung über einen langen Zeitraum eine wichtige Bedeutung hat, gleichzeitig die Umsetzung einer optimalen Behandlung auf große Schwierigkeiten stößt (Marneros, 2004; Miklowitz & Johnson, 2006). Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle:

- Bipolare Störungen haben eher einen chronischen Verlauf mit hoher Rezidivrate (Coryell et al., 1995; Marneros, 2004) und sehr hohem Suizidrisiko, das ca. 15-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung ist (Miklowitz & Johnson, 2006).
- Sie zeigen einen frühen Krankheitsbeginn (meist zwischen dem 20. und 30. Lj.) und oft eine lange Dauer (von oft mehreren Jahren) bis zur Diagnosestellung nach Erstmanifestation.
- Neben manifesten (hypo-)manischen oder depressiven Krankheitsepisoden sind die Patienten im Langzeitverlauf gut die Hälfte der Zeit symptomatisch mit subsyndromalen affektiven Beschwerden, wobei subdepressive Symptome überwiegen (Judd et al., 2003).
- Das „bipolare Spektrum“ hat sich erweitert: Neben einer Unterteilung in verschiedene Verlaufsformen (Bipolar-I, Bipolar-II) zeigen neuere epidemiologische Studien ge-

genüber früheren höhere Prävalenzraten von knapp 6%, d.h. Bipolar-I 0.5% und Bipolar-II 5.3% (Angst et al., 2003).

- Bipolare Störungen zeigen eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, vor allem Angststörungen, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen und Bulimie (Marneros, 2004).
- Im symptomarmen bzw. -freien Intervall weisen bipolare Patienten oft Auffälligkeiten in ihrer Persönlichkeit auf (vgl. Himmighoffen et al., 2003; Himmighoffen, 2006).
- Im Langzeitverlauf kommt es oft zu Einschränkungen im psychosozialen Bereich wie Arbeitslosigkeit, Frühberentung, sozialer Isolation und persistierenden Veränderungen der Persönlichkeit (Coryell et al., 1993; Kröber, 1993; Himmighoffen et al., 2003; Himmighoffen, 2006; Miklowitz & Johnson, 2006).

Böker (2002) plädiert für eine integrative Behandlung mit Berücksichtigung der verlaufsrelevanten Faktoren (Disposition, biologische Komponenten der Affektregulation, intrapsychische und interpersonelle Faktoren, Persönlichkeit). Dabei ist eine auf den Einzelnen zentrierte Abstimmung der Therapiemaßnahmen und die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, in der auch die aus der Gegenübertragung resultierenden Probleme seitens des Therapeuten reflektiert werden, wichtig. Es bleibt letztlich im Einzelfall offen, wie die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen umgesetzt werden können und welche Rolle dabei unter anderem psychodynamische Faktoren spielen.

Vor dem Hintergrund der oben aufgeführten Überlegungen soll in dem vorliegenden Beitrag der Fall eines Patienten mit bipolarer affektiver Störung, d.h. einer Bipolar-II-Störung mit schnellem Phasenwechsel (rapid cycling) (ICD-10 F31.80; F31.81), und die Anwendung der OPD mit ihren Befunden zu psychodynamischen Faktoren und Besonderheiten der Persönlichkeit dieses Patienten beschrieben werden. Es werden mögliche therapeutische Konsequenzen und insbesondere spezielle Aspekte in Hinblick auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit dem dargestellten Patienten aufgezeigt und diskutiert. Es geht dabei auch um die folgenden Fragen:

- Wie lässt sich eine möglichst optimale Behandlung eines bipolaren Patienten mit dem Ziel einer dauerhaften und anhaltenden Remission realisieren, und wie sollte die therapeutische Beziehung dafür gestaltet sein?
- Welche Auffälligkeiten zeigt der dargestellte bipolare Patient in der OPD?
- Lassen sich diese Auffälligkeiten von der affektiven Symptomatik abgrenzen?
- Können mit der OPD ermittelte psychodynamische Aspekte für ein besseres Verständnis und eine verbesserte Behandlung eines Patienten mit bipolarer Störung hilfreich sein?

## ■ Falldarstellung

Es handelt sich um Herrn B., der zum Zeitpunkt der Untersuchung mit der OPD 34 Jahre alt ist. Vor dem OPD-Interview war Herr B. 7 Monate lang erstmals wegen eines „angstbetonten depressiven Zustandsbildes mit zunehmender Suizidalität“ in stationärer Behandlung gewesen. Die Aufnahme erfolgte freiwillig. Im Erstkontakt war Herr B. in einem depressiven und hoffnungslosen Zustand, ohne eine Zukunftsperspektive für sich zu sehen, wobei er äußerte, nicht mehr leben zu wollen, und angab, deswegen bereits mit einer Sterbehilfeorganisation Kontakt aufgenommen zu haben. Er beschrieb eine 15-jährige Leidensgeschichte mit einer häufig wechselnden Symptomatik von Hochs und Tiefs. Seine Suizidabsichten waren nicht konkret, und in der Vorgeschichte war es bisher nicht zu Suizidversuchen gekommen. Es wurde jedoch sehr deutlich, dass er genug von seinem Leben hatte und für sich keine fassbare Lebensperspektive sah. Er äußerte aber auch, dass er zu einer Behandlung bereit sei und dieser eine Chance gebe.

Es zeigten sich bereits in den ersten Schilderungen von Herrn B. bei der stationären Aufnahme sehr deutliche Hinweise für das Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung. Im weiteren Verlauf konnte aufgrund der anamnестischen Angaben von Herrn B. zu seiner Krankheits- und Leidensgeschichte und des Symptomverlaufes während der stationären Behandlung die Diagnose einer Bipolar-II-Störung mit schnellem Phasenwechsel (rapid cycling) (ICD-10 F31.80; F31.81) gestellt werden. Im Rahmen der diagnostischen Abklärung wurde noch die Diagnose eines Zustandes nach ADHS im Kindes- und Jugendalter (ICD-10 F90.0) gestellt; das Vorliegen eines ADS des Erwachsenenalters konnte ausgeschlossen werden. Vor der stationären Behandlung war nie die Diagnose einer bipolaren Störung gestellt worden, und das, obwohl retrospektiv von einer Erstmanifestation im 19. Lebensjahr von Herrn B. ausgegangen werden konnte, er seit dieser Zeit wiederholt unter depressiven und hypomanischen Episoden gelitten hatte und er 2-mal für jeweils 1 Jahr bei niedergelassenen Psychiatern in regelmäßiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen war. Dort war man von einer depressiven Störung oder Angststörung und Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Herr B. hatte nach dem Schulabschluss eine handwerkliche Lehre gemacht, dann eine Handelsschule besucht und in seinem erlernten Beruf und nach selbstständiger zusätzlicher Schulung in angrenzenden Berufsbereichen 5 Jahre regelmäßig gearbeitet. Dann über 3 Jahre Besuch einer Kaderschule, die er nicht bis zum Abschluss besuchte. Danach weitere 3 Jahre regelmäßige Arbeit als Internetprogrammierer. Bis zur stationären Behandlung war er zwei Jahre lang arbeitslos und litt unter einer anhaltend depressiven Verstimmung. Herr B. hatte zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine seit knapp 2 Jahren bestehende feste Partnerbeziehung, die durch seine Stimmungsschwankungen belastet wurde. Er äußerte Trennungsabsichten, blieb aber sehr ambivalent im Hinblick auf deren Konkretisierung (beispielsweise zog er trotz wiederholter Äußerung von Trennungsabsichten nicht aus der gemeinsamen Wohnung aus). Rückblickend war es in seinen Beziehungen zur Freundin, den Eltern und anderen Bekannten wiederholt zu

radikalen Beziehungsabbrüchen gekommen, sobald sich Herr B. durch andere zu sehr beeinflusst und kontrolliert erlebte; er zog sich dann in ein recht einsam gelegenes Ferienhäuschen der Eltern zurück. Grund für seinen Rückzug waren häufige interpersonelle Konflikte.

**Befund der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)**

Das OPD-Interview wurde einen Monat nach Entlassung aus der stationären Behandlung in weitgehend remittiertem Zustand durchgeführt und erbrachte die folgenden Befunde:

*Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen*

(Die Zahl in den Klammern gibt den Ausprägungsgrad an: 0 = nicht/kaum, 1 = gering, 2 = mittel, 3 = hoch, 4 = sehr hoch) Zum Interviewzeitpunkt bestand nur noch eine geringe Schwere der psychischen Symptomatik (1) (*weitestgehend remittiert*) und ein geringer aktueller Leidensdruck (1) (*leicht resignativ-pessimistische Einstellung*). Körperliche und psychische Beschwerden bestanden aktuell nicht (0), dagegen aber soziale Probleme in mittlerer Ausprägung (2) (*aktuell arbeitslos ohne berufliche Perspektive, Anmeldung für eine Frühberentung*).

Das Krankheitskonzept von Herr B. war stärker an psychischen Faktoren (3) (*interpersonelle Konflikte belasten und stressen psychisch derart, dass depressive Symptomatik ausgelöst wird*) und weniger stark an somatischen Faktoren (2) orientiert („*Ich habe diese bipolare Erkrankung in mir und werde sie nicht mehr los*“, „*Die bipolare Erkrankung hat etwas mit einem kleinen ‚Störenfried‘ im Kopf zu tun, den ich mal schwächer, mal stärker körperlich spüre*“, „*Ich muss die bipolare Erkrankung medikamentös behandeln*“) und nur gering an sozialen Faktoren orientiert (1).

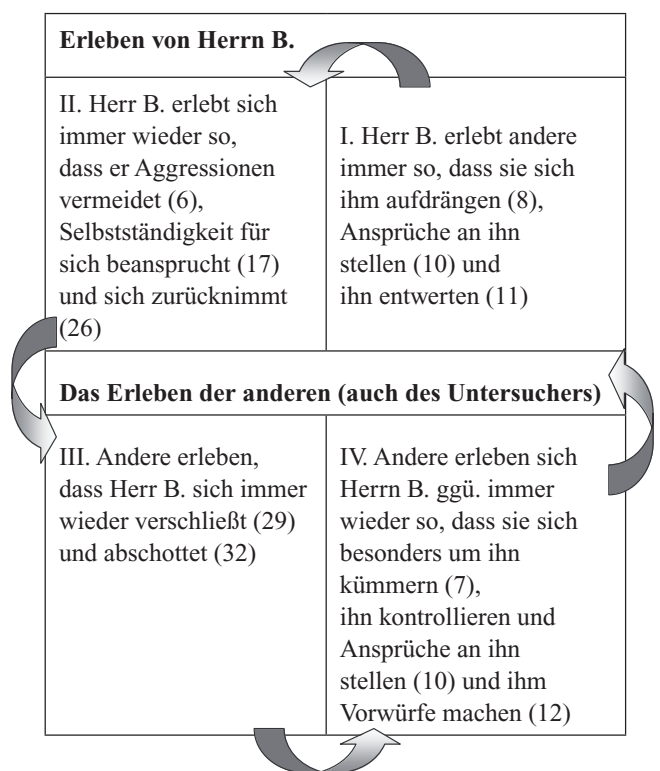
In Bezug auf die gewünschte Behandlungsform akzeptierte Herr B. vor allem eine medikamentöse, also körperliche Behandlung (4), da er diese in gewisser Weise als hilfreich empfand. Er war aber recht ablehnend bzgl. einer kontinuierlichen psychotherapeutischen Behandlung (1), wünschte lediglich Termine in größeren Abständen; es kam auch zu häufigen Unterbrechungen, da er sich zunächst einen abgelegenen Ort und dann das Ausland als Wohnort aussuchte. Unterstützung im sozialen Bereich war ihm in mittlerem Ausmaß (2) wichtig. So war er entsprechend motiviert für eine medikamentöse Behandlung, nahm die Medikamente zunächst regelmäßig ein und zeigte nur wenig Interesse an einer zusätzlichen Psychotherapie. Hinsichtlich psychosozialer Integration (2) und persönlicher Ressourcen (2) fand sich ein mittlerer Ausprägungsgrad. Äußere Veränderungshemmnisse für eine Psychotherapie gab es anfangs kaum (1), später nach dem Wohnortwechsel aber schon. Innere Veränderungshemmnisse waren in mittlerer Ausprägung vorhanden (2) (deutlicher Individuations-Abhängigkeits-Konflikt, Tendenz zur Externalisierung).

*Achse II: Beziehung*

(Die Zahl in den Klammern gibt die Items der Achse Beziehung an)

Herr B. erlebt wiederholt, dass andere sich ihm aufdrängen (Item 8), Ansprüche an ihn stellen (10) und ihn entwerten (11). Deshalb nimmt er sich zurück (26) und vermeidet Aggressionen (6), beansprucht aber auch Selbstständigkeit für sich (17). Andere erleben dies als ein Sichverschließen (29) und Sichabschotten (32) und reagieren dann – unter anderem auch aus besonderer Besorgnis um ihm (7) – so, dass sie ihn zu kontrollieren versuchen, weitere Ansprüche an ihn stellen (10) und ihm Vorwürfe machen (12) (s. a. Abb. „Beziehungsdynamische Formulierung“).

**Abbildung:** Beziehungsdynamische Formulierung



*Achse III: Konflikt*

Trotz eines geringen Gesamtstrukturniveaus und der Tendenz zu einer abgewehrten Konfliktwahrnehmung, war die Beurteilbarkeit der Konfliktachse bei Herrn B. möglich: Der Hauptkonflikt von Herr B. war „Individuation versus Abhängigkeit“ und der zweitwichtigste Konflikt „Unterwerfung versus Kontrolle“. Ein weiterer, wenig bedeutsamer Konflikt war der „Selbstwertkonflikt“. Andere Konflikte waren nicht vorhanden oder beurteilbar.

*Achse IV: Struktur*

(Die Zahl in Klammern gibt das Integrationsniveau der Struktur an: 1 = gut, 2 = mäßig, 3 = gering, 4 = desintegriert) Die Gesamteinschätzung des psychischen Strukturniveaus lag bei „gering integriert“ (3.0). Ein mäßiges Integrationsniveau (2.0) zeigte die Strukturdimension „Selbstwahrnehmung“. Eine geringe bis mäßige Integration (2.5) zeigten die

Strukturdimensionen „Selbstregulierung“, „Kommunikation nach innen“ und „Bindung an innere Objekte“. Ein geringes Integrationsniveau (3.0) fanden sich bei den Dimensionen „Objektwahrnehmung“, „Regulierung des Objektbezugs“, „Kommunikation nach außen“ und „Bindung an äußere Objekte“.

**Tabelle:** Einschätzung Achse IV: Struktur

Achse IV Struktur	gut		mäßig		gering		desin- tegriert 4	n.b.
	1	1.5	2	2.5	3	3.5		
<b>1 Kognitive Fähigkeit</b>								
1.1 Selbst- wahr- nehmung			×					
1.2 Objekt- wahr- nehmung					×			
<b>2 Steuerung</b>								
2.1 Selbst- regulie- rung				×				
2.2 Regulie- rung d. Objekt- bezugs					×			
<b>3 Emotionale Fähigkeit</b>								
3.1 Kommuni- kation nach innen				×				
3.2 Kommuni- kation nach außen					×			
<b>4 Bindung</b>								
4.1 Bindung an innere Objekte				×				
4.2 Bin- dung an äußere Objekte					×			
5 Struktur gesamt					×			

*Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen (nach ICD-10)*

Es ergaben sich aufgrund der anamnestischen Angaben, des psychopathologischen Befundes im Verlauf des stationären Aufenthaltes und der Ergebnisse weiterer diagnostischer Abklärungen folgende Diagnosen (nach ICD-10):

- Bipolare affektive Störung (Bipolar-II) mit schnellem Phasenwechsel (rapid cycling) (ICD-10 F31.80; F31.81)
- Z.n. ADHS im Kindes- und Jugendalter (ICD-10 F90.0)

### ■ Behandlungsverlauf

Die Behandlung erstreckt sich nun schon über einen Zeitraum von insgesamt sieben Jahren und gestaltete sich recht schwierig und wechselreich.

Es gab eine erste Phase kontinuierlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Einzelbehandlung im Rahmen der stationären Behandlung, die sechs Monate dauerte, mit circa 2 Sitzungen pro Woche.

Nach Entlassung aus der stationären Behandlung folgte eine zweite Phase von 1 ½ Jahren Dauer, in der im ambulanten Setting zunächst Termine in ein- bis zweiwöchentlichen, schließlich ein- bis dreimonatlichen Abständen stattfanden. Herrn B. wünschte größere Zeitabstände, obwohl ihm vom Behandler häufigere Termine nahegelegt und angeboten worden waren.

Daran schloss sich ab dem dritten Jahr der Behandlung eine dritte Phase an, die bis jetzt andauert, mit 2 Terminen pro Jahr; in der Zwischenzeit wird der Kontakt regelmäßig über E-Mail aufrechterhalten. Der Grund dafür war, dass Herr B. sich entschlossen hatte, das Land zu verlassen und nach einem Ort im Ausland zu suchen, wo er „besser leben“ und mit seiner Erkrankung zurecht kommen könne.

Die Hauptziele der Therapie am Anfang der Behandlung bestanden im Wesentlichen im Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sowie in einer effektiven Besserung der depressiven Symptomatik und einer weiteren psychischen Stabilisierung. Herr B. wurde medikamentös mit stimmungsstabilisierenden (Lithium, Lamotrigin), antidepressiven (SSRI) und zeitweiliger neuroleptischer Medikation (Risperidon) behandelt. So konnte nach 4 Monaten eine deutliche Besserung und länger anhaltende Stabilisierung von Stimmung und psychischem Befinden erreicht werden. In den therapeutischen Einzelgesprächen standen zunächst die Stimmungsschwankungen, das subjektive Erleben, Krankheitsverständnis und -bewältigung von Herrn B. im Vordergrund. Dabei wurde ihm die Möglichkeit gegeben, die eigene Lebens- und Krankheitsgeschichte im Dialog mit dem Behandler zu reflektieren. So konnte mit ihm gemeinsam ein Krankheitsmodell erarbeitet werden, das sowohl seine subjektive Sicht als auch die medizinisch-psychiatrische Sichtweise zu bipolaren Störungen einschloss und die Anwendung diverser Behandlungsoptionen erlaubte. Herr B. war zu Beginn der Behandlung oft hoffnungs- und perspektivlos, er beschäftigte sich wiederholt mit dem Tod als dem einzigen Ausweg aus seiner Situation. Er brach abrupt

den Kontakt zu seinen Angehörigen (Freundin, Eltern) ab, da er sich von diesen eingeengt und mit Ansprüchen bedrängt fühlte, und zog sich auf der Station zurück. Seiner negativistisch-pessimistischen Sichtweise wurde vom Behandler mit der Konstanz und Regelmäßigkeit der Gespräche sowie einer offenen, interessierten und ihn akzeptierenden Haltung und der Versicherung, dass eine Besserung seines Befindens unter Anwendung der therapeutischen Möglichkeiten erreichbar sei, entgegengewirkt. Herr B. konnte schließlich seinen Wunsch formulieren, herausfinden zu wollen, was er in seinem Leben eigentlich möchte. Er ließ sich auf weitere Einzelgespräche ein, akzeptierte die medikamentöse Behandlung und nutzte ergänzende therapeutische Angebote der Klinik. Im weiteren Verlauf konnten in den Einzeltherapiesitzungen folgende Themen bearbeitet werden:

- Umgang mit der Erkrankung und den Symptomen
- Ermittlung von Faktoren, die psychischem Wohlbefinden und Stabilität dienen (Einhalten eines regelmäßigen Tagesrhythmus, Tagesstrukturierung, Sport etc.)
- Umgang mit psychisch belastenden Faktoren
- Fragen der Medikation
- Selbstverständnis und Selbsterleben
- Wahrnehmung wichtiger Bezugspersonen
- das vertiefte Verständnis relevanter psychischer und interpersoneller Schwierigkeiten und die Möglichkeiten eines adäquateren und konstruktiveren Umgangs damit

Es wurde besonders deutlich, dass Herr B. sich in seiner Autonomie – in der Vergangenheit und aktuell – durch andere Menschen, d. h. besonders durch seine Freundin und Eltern, eingeschränkt sah und deshalb den Kontakt abbrach, um sich ihrer Einflussnahme zu entziehen. Er erweiterte dies sogar noch, indem er formulierte, dass er sich durch sein Heimatland und seine Bewohner eingeengt fühle. Andererseits beklagte er aber auch seine Situation als einsamer Einzelgänger. In Bezug auf die Schwierigkeiten mit seiner Partnerin konnte über gemeinsame Gespräche der Kontakt wiederhergestellt und verbessert werden. Herr B. konnte nach ausreichender psychischer Besserung und mehrmonatiger Stabilität entlassen werden; er kehrte zunächst zu seiner Freundin zurück. Er sah trotz eher negativer Zukunftserwartungen wieder eine gewisse Lebensperspektive für sich, erkundigte sich nach Arbeitsstellen und nahm Kontakt zum Sozialamt auf, um dort Unterstützung für seine weitere berufliche Rehabilitation zu holen. Vor und nach der Behandlung war keine berufliche Wiedereingliederung möglich, nach Abklärungen über die Rentenversicherung wurde Herr B. eine 100%ige Frühberentung zugesprochen, obwohl von Seiten der Behandler und Herrn B. eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gesehen wurde und eine berufliche Wiedereingliederung beabsichtigt war. Der weitere Verlauf zeigte aber, dass dies nicht möglich war. Auf Wunsch von Herr B. wurde die bisherige Behandlung durch den stationären Behandler ambulant fortgeführt.

*Niederfrequente Langzeitpsychotherapie: Therapeutischer Umgang mit dem Individuations-Abhängigkeits-Konflikt*  
Die Bedeutung des Individuations-Abhängigkeits-Konfliktes von Herrn B. fand ihren unmittelbaren Niederschlag in der

Auseinandersetzung um die Sitzungsfrequenz. Herr B. kam zu den ambulanten Gesprächen alle ein bis zwei Monate; eigentlich wünschte er eher längere Zeitabstände. Er begründete dies damit, dass ihn die Gespräche eher belasten würden und er sie wie eine Anforderung an sich erlebte. Seine Medikation nahm er zunächst regelmäßig ein. Sein psychisches Befinden war im Verlauf weitgehend stabil, d. h., es traten keine klinisch manifesten depressiven oder hypomanischen Episoden auf, sondern wiederholt nur einige Tage anhaltende depressive Verstimmungen (mit Nervosität, Anspannung, Selbstunsicherheit, Antriebslosigkeit und negativem Gedankenkreisen), die meist in Zusammenhang mit interpersonellen Konflikten standen und sich spontan wieder besserten. In den Vordergrund rückten sozialphobische Züge; Herr B. vermied Kontakte zu anderen Menschen und zog sich mehr und mehr zurück. Er erlebte sich als nicht belastbar, fühlte sich überfordert durch immer wieder von außen an ihn herangetragene Anforderungen oder in Konflikten mit anderen Menschen (insbesondere Freundin, Mutter, Kollegen). Tätigkeiten, die er sich aber selber vornahm und dann allein ausführte, konnte er gut bewältigen (Sprachen lernen, Aufenthalt im Ferienhaus der Eltern, Sport). Er meinte wiederholt, hier keine Zukunftsperspektive für sich zu sehen, weshalb er plante, auszuwandern. Er traf schließlich konkrete Vorbereitungen für eine längere Auslandsreise. Auch äußerte er gegenüber seiner Freundin Trennungsabsichten; Grund für seinen Trennungswunsch war, dass er sich von ihren Vorstellungen, mit ihm eine Familie zu gründen, zu sehr unter Druck gesetzt und bedrängt fühlte. Er war aber sehr ambivalent in Bezug auf die Trennung und vollzog sie erst einige Zeit später. Herr B. hatte seine Freundin aufgefordert, sich einen neuen Freund zu suchen, war aber gleichwohl in derselben Wohnung mit ihr verblieben und zog erst aus, als sie einen anderen Mann kennengelernt hatte. Bis zur Auslandsreise zog er sich in das Ferienhaus der Eltern zurück, um dort seine „Ruhe zu haben“. Es trat eine dreiwöchige leichte depressive Episode nach einer Auseinandersetzung mit seiner Mutter auf, gefolgt von einer Besserung über 6 Monate und einer zweiwöchigen hypomanischen Symptomatik. Herr B. hatte sich recht gut gefühlt, die Medikamente erstmals über einige Tage nicht mehr eingenommen, konnte dann kaum noch abschalten und entwickelte einen ausgeprägten Tätigkeitsdrang. Schließlich nahm er die Medikamente wieder ein und stabilisierte sich erneut. Seine geplante Auslandsreise verzögerte sich, da er eine frühere Freundin wiedergetroffen hatte und sie sich wieder näher gekommen waren. Nach einer sehr guten gemeinsamen Zeit über einige Monate war aber ein Streit zwischen ihnen eskaliert, weil sie Beziehungen zu anderen Männern eingegangen war. Herr B. entwickelte eine hypomanische Episode und nahm erneut seine Medikamente nur unregelmäßig ein. Nach Trennung von dieser Freundin entwickelte sich eine depressive Episode. Herr B. entschloss sich daraufhin, ins Ausland zu reisen. Vor seiner Abreise fand noch eine Sitzung statt und ein nächster Termin erst wieder 8 Monate später nach seiner Rückkehr. Vereinbart war in der Zwischenzeit Kontakt über E-Mail, was dann aber wiederholt vom Behandler initiiert werden musste. Nach seiner Rückkehr war Herr B. in einem depressiven Zustand; nachdem er zuvor im Ausland eine hypomanische Episode erlebt hatte. Mit Unterstützung des

Behandlers setzte Herr B. die Medikation fort. Im weiteren Verlauf trat Herr B. dann wiederholt Reisen ins Ausland an, um den Ort zu finden, an dem er am besten zurechtkomme. Termine mit dem Behandler waren dann nur noch circa 1x im Jahr möglich, wobei zwischenzeitlich weiterhin Kontakt per E-Mail erfolgte. So war auch keine regelmäßige medikamentöse Behandlung mehr zu gewährleisten, d. h., Herr B. stoppte seine Medikation und setzte sie nur noch temporär ein. Es zeigte sich, dass er im Ausland wiederholt vor allem in die interpersonellen Konflikte geriet, die er auch hier erlebt hatte, und auch weiterhin depressive und hypomanische Episoden entwickelte, letztlich nicht den Ort fand, an dem er zu einer nachhaltigen Stabilisierung kam. Bemerkenswert war, dass die Krankheitsepisoden nicht wesentlich häufiger wurden als zuvor und Herr B. sehr gut in der Lage war, diese zu meistern. Bei einem weiteren Termin – vor Antritt einer erneuten Auslandsreise – äußerte Herr B., dass er im Ausland auf Dauer möglicherweise seine Schwierigkeiten nicht beheben könne und wahrscheinlich nach einer Lösung suchen müsse, sich hier mit seinem Leben abzufinden und sich entsprechend einzurichten. Daraus ergäbe sich – wie Herr B. konstatiert – eventuell die Möglichkeit, die Behandlung in anderer und kontinuierlicher Form fortzuführen, was abzuwarten ist.

## ■ Diskussion

Bei dem hier dargestellten Patienten Herr B. mit einer bipolaren affektiven Störung wird in exemplarischer Weise sehr deutlich, dass psychodynamische Aspekte – die hier mit der OPD erfasst wurden – sehr relevant für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und den Verlauf der Behandlung und Erkrankung sein können. Es wird deutlich, dass oft viele Jahre bis zur richtigen Diagnosestellung einer bipolaren Störung vergehen und dann oft bereits negative psychosoziale Folgen wie Arbeitslosigkeit, soziale Isolation etc. eingetreten sind, die sich nur schwer oder kaum wieder beheben lassen. Auch zeigt sich, dass eine phasenprophylaktische Medikation effektiv sein kann, d. h., über längere Zeiträume eine weitgehende Remission der affektiven Symptomatik oder zumindest eine Abmilderung depressiver und hypomanischer Episoden erzielt werden kann. Darüber hinaus wird aber auch deutlich, dass trotz einer dauerhaften medikamentösen Behandlung subklinische affektive Symptome (Judd et al., 2003) und Rückfälle (Coryell et al., 1995; Kulhara et al., 1999; Marneros, 2004) auftreten können. Dies unterstreicht, dass neben der medikamentösen Behandlung auch eine konstante therapeutische Beziehung und psychotherapeutische Behandlung von großer Bedeutung sind (Cochran, 1984; Frank et al., 1999; Böker, 2002; Jones, 2004).

Anhand des Verlaufes und der OPD-Befunde wird im Falle von Hr. B. sehr deutlich, dass bei diesem auch im weitgehend remittierten Zustand und unabhängig von der klinischen affektiven Symptomatik relevante psychodynamische Zusammenhänge zu berücksichtigen waren, die einen erheblichen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Erkrankung sowie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung hatten: So stand bei ihm ein ausgeprägter „Individuations-Abhängigkeits-Kon-

flikt“ im Vordergrund (OPD-Achse III), weniger bedeutsam fanden sich bei ihm auch ein Konflikt von „Unterwerfung vs. Kontrolle“ und ein „Selbstwertkonflikt“. Dies hatte beträchtlichen Einfluss auf die Gestaltung seiner Beziehungen, was sich in dysfunktionalen Beziehungsmustern (OPD-Achse II) niederschlug, in denen es für Herrn B. um die Bewahrung seiner Selbstständigkeit und die Vermeidung der Kontrolle und Entwertung durch andere ging. Er versuchte, dies durch Abschottung und Rückzug zu erreichen, provozierte damit aber weitere Kontrollen und Anforderungen durch seine wichtigen Beziehungspersonen. Dabei erschwerten die persönlichkeitsstrukturellen psychischen Voraussetzungen (OPD-Achse IV) bei einem geringen Gesamtstrukturniveau die Möglichkeiten des Patienten, seine Probleme intrapsychisch und in selbst-reflexiver Weise zu verstehen und zu bearbeiten. Stattdessen bediente er sich vorwiegend interpersoneller Bewältigungsmechanismen und „unreifer“ Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektion und projektive Identifizierung. Auch zeigte seine Wahrnehmung von anderen Menschen (Objektwahrnehmung) deutliche Verzerrungen und Extreme, d. h., andere wurden als überwiegend kontrollierend und ihn einschränkend sowie wechselnd als besonders gut oder schlecht erlebt. Herr B. war nicht in der Lage, sich daraus ergebende Widersprüche zu integrieren. So konnte er sich wiederholt nur durch konkrete räumliche Distanzierung, totalen Kontaktabbruch oder andere radikale Handlungsweisen der Einflussnahme anderer und ihren Ansprüchen entziehen.

Dies hatte auch Einfluss auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung: So spielte möglicherweise vor dem Hintergrund seiner bisherigen Beziehungserfahrungen eine negative Übertragung gegenüber seinem Behandler eine Rolle. Herr B. war darauf bedacht, seine Autonomie zu bewahren, bestand vor allem während der ambulanten Behandlung meistens auf Gesprächsterminen in großen Zeitabständen und meldete sich über längere Zeiträume nicht oder wenn ja, nur dann, wenn der Behandler die Initiative ergriff und ihn aktiv kontaktierte. Er schützte sich so vor einer befürchteten Einflussnahme und Kontrolle durch den Behandler. Auf Kontaktaufnahme via E-Mail antwortete Herr B. aber regelmäßig, berichtete dann oft ausführlich über sich und ermöglichte weitere Kontakte und Gesprächstermine.

Es ist anzunehmen, dass auch eine positive Übertragung dem Behandler gegenüber bestand, die auf der Basis des recht guten und intensiven Kontaktes während der stationären Behandlung entstanden war. Herr B. betonte im Verlauf der Behandlung, dass er seinen Behandler als jemanden wahrnahm, den er gut kenne und der ihn gut kenne und verstehe, was unterstreicht, dass ein recht gutes Vertrauensverhältnis entstanden war. Es ist zu vermuten, dass Herr B. seinen Therapeuten nicht wie seine sonstigen Bezugspersonen (Freundinnen, Eltern) als ein ihn mit Anforderungen bedrängendes und kontrollierendes Objekt wahrnahm, sondern als jemanden, der konstantes Interesse an ihm zeigte, den Kontakt immer wieder aktiv herstellte, ihn so aus seiner Isolation hervorlockte und ihm Beziehungs- und Behandlungsangebote machte, ohne ihn damit zu sehr zu bedrängen oder vorzuschreiben, was er zu tun habe. Indem der Therapeut es letztlich Herrn B. überließ, zu entscheiden, wie der Kontakt und die Behandlung weitergeführt werden

könnte, wurde Herrn B. erstmals eine lebbare Autonomie in der Begegnung mit einem wichtigen Anderen ermöglicht. Auch konnte der Behandler Herrn B. gegenüber seine – teilweise abweichenden – Standpunkte zur Behandlung äußern, ohne dass Herr B. den Kontakt vollends abbrach.

Die Gegenübertragung des Therapeuten bestand darin, dass dieser einerseits die Fähigkeiten und Talente von Herrn B. besonders schätzte und fand, dass er sie viel mehr nutzen könne, als er es tatsächlich tat. Dadurch erlebte Herr B. eine grundsätzliche Anerkennung und Akzeptanz seiner Person. Andererseits kamen in der Gegenübertragung aber auch Gefühle von Ärger und Frustration auf, wenn Herr B. sich nicht meldete und entzog sowie eigene – aus Sicht des Therapeuten unsinnige oder voreilige – Entscheidungen traf (wie Absetzen der Medikamente u. a.). Im Hinblick auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung war es sehr hilfreich, die spezielle Beziehungsdynamik von Herrn B., die in der OPD deutlich wurde, einzubeziehen. So ließ der Therapeut sich nicht in den Circulus vitiosus eines Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens, wie er sonst in den Beziehungen von Herr B. regelmäßig auftrat, verwickeln und wendete sich auch nicht enttäuscht von diesem ab.

Mentzos (1995, S. 121 f.) empfiehlt aufgrund seiner klinischen Erfahrungen aus psychoanalytischen Behandlungen von Patienten mit affektiven Störungen eine gegenüber der Standardmethode der Psychoanalyse veränderte Behandlungstechnik, die gut übereinstimmt mit der Dynamik der therapeutischen Beziehung in dem hier dargestellten Fall: Neben einer *aktiveren Haltung* des Behandlers ist der *Handlungsdialog* für die Therapie von besonderer Bedeutung. Auf der Grundlage des Handlungsdialoges werde der therapeutische Prozess nicht so sehr durch *Einsicht* – aufgrund verbaler Deutungen –, sondern maßgeblich durch die Haltung des Behandlers im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen gefördert. Diese ermögliche dem Patienten *neue Beziehungserfahrungen*, die den Hauptanteil des therapeutisch wirksamen Prozesses ausmachen. Einschränkend muss hervorgehoben werden, dass es sich bei dem hier dargestellten Fall nicht um eine psychoanalytische Psychotherapie mit einem fest vereinbarten und regelmäßigen Setting gehandelt hat, sondern um eine – im Anschluss an eine sechsmonatige Phase mit regelmäßigen Therapiesitzungen (2-mal/Woche) im stationären Rahmen begonnene – ambulante Kombinationstherapie (medikamentöse, phasenprophylaktische Behandlung und psychodynamisch orientierte Psychotherapie), die von einer psychotherapeutischen Haltung geprägt war. Insofern sind Ziele, die bei einer Psychotherapie mit einem fest vereinbarten und regelmäßigen Setting definiert werden, nicht explizit formuliert und erreicht worden. Wichtig war dem Behandler die Kontinuität der therapeutischen Beziehung. Er sah in diesem Vorgehen den Versuch einer auf eine intensivere Psychotherapie vorbereitenden Behandlung.

Insgesamt sind als bisherige *Erfolge* dieser Behandlung zu sehen, dass Herr B.:

erstmals erfahren hat, an welcher Erkrankung er leidet, und er ein Wissen über deren Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten erworben hat;

eine Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung begonnen hat und zumindest weitgehend über einen längeren Zeitraum eine regelmäßige medikamentöse Behandlung akzeptiert hat;

unter der medikamentösen Behandlung deutlich weniger häufig und weniger schwer erkrankte als zuvor, also die Rückfallhäufigkeit und -schwere vermindert werden konnte; aufgrund der Erfahrung der Behandelbarkeit seiner Erkrankung und Beschwerden wieder eine Lebensperspektive, d. h. einen Abstand zu seinen negativen Selbstvorstellungen, Zukunftserwartungen und Todeswünschen gewonnen hat;

nicht erneut hospitalisiert werden musste;

in der Therapie eine neue Beziehungserfahrung erlebt hat, die dadurch geprägt war, dass er eine Akzeptanz und Wertschätzung seiner Person erfahren konnte, ohne sich dabei in seiner Autonomie eingeschränkt zu fühlen. Dies hat wahrscheinlich dazu beigetragen, dass wiederholte Krisen und depressive Episoden erfolgreich von Herr B. überwunden werden konnten.

*Nicht erreichte Ziele* der Behandlung sind bis auf Weiteres: die weiterhin bestehenden intrapsychischen und interpersonellen Probleme und Konflikte von Herr B., da für diesen eine intensivere Psychotherapie bisher nicht vorstellbar war. Man könnte die bisherige Behandlung lediglich als eine „vertrauensvolle Beziehung auf Abstand“ beschreiben

eine 100%ige Frühberentung trotz guter Ausbildung, beruflicher Ressourcen und Fähigkeiten

bisher nicht erreichte psychosoziale Reintegration

## ■ Schlussfolgerungen

Bei dem hier dargestellten Patienten mit bipolarer affektiver Störung konnte die psychodynamische Betrachtungsweise und Einschätzung aufgrund seines biografischen Hintergrundes und mittels OPD wesentliche intrapsychische und interpersonelle Konflikte und Probleme aufzeigen, die – zumindest teilweise – unabhängig von der klinischen Symptomatik bestanden und einen großen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung und der Behandlung hatten. Die Berücksichtigung der psychodynamischen Auffälligkeiten des Patienten und des Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens zwischen Patient und Behandler trug zu einem verbesserten Verständnis der Abwehr- und Kompensationsmechanismen des Patienten bei und erleichterte den Umgang mit ihm und den Schwierigkeiten in der Behandlung. Die dadurch geprägte psychotherapeutische Haltung war gekennzeichnet durch größere Aktivität, Fokussierung auf den Handlungsdialog und die Aufrechterhaltung des Kontaktes zwischen Behandler und Patient. Die Kontinuität der therapeutischen Beziehung trug einerseits zu einer aktiveren Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Erkrankung und einer wachsenden Akzeptanz der medikamentösen Phasenprophylaxe über einen längeren Zeitraum bei. Andererseits konnten persönlichkeitsstrukturelle und konflikt-hafte Bedingungen beim Patienten nicht verändert werden, die



dazu beitragen, dass er eine Auseinandersetzung mit seinen Schwierigkeiten vermied und stattdessen in externalisierender Weise nach Lösungen suchte (indem er sich z. B. wiederholt ins Ausland begab, um sich dort ein anderes Leben aufzubauen). Dorthin nahm er letztlich seine inneren Schwierigkeiten mit, geriet wiederholt in die ihm bekannten interpersonellen Konflikte und Schwierigkeiten und entwickelte – wenn auch weniger häufig und ausgeprägt als zuvor - depressive und hypomanische Episoden, die er selbstständig bewältigen konnte. Trotz alledem hält er den Kontakt zu seinem Behandler über längere Zeiträume hinweg aufrecht, was die Bedeutung einer niederfrequenten Psychotherapie im Sinne einer „vertrauensvollen Beziehung auf Abstand“ unterstreicht.

Es kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die OPD als klinisch und diagnostisch relevantes Verfahren auch in der Behandlung von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen besonders geeignet ist, die für die Behandlung relevanten psychodynamischen Besonderheiten zu erfassen.

## ■ Literatur

- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D. & Rossler, W. (2003). Diagnostic issues in bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 43-50.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2004). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (4. korr. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Böker, H. (2002). Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen. In H. Böker & D. Hell (Hrsg.), *Therapie der affektiven Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Cochran, S. (1984). Preventing medical non-compliance in the outpatient treatment of bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-8.
- Coryell, W.J., Endicott, J., Maser, J.D., Mueller, T., Lavori, P. & Keller, M. (1995). The likelihood of recurrence in bipolar affective disorder: the importance of episode recency. *Journal of Affective Disorders*, 33, 201-6.
- Coryell, W.J., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J. & Klerman, G.L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 720-7.
- Frank, E., Swartz, H.A., Mallinger, A.G., Thase, M.E., Weaver, E.V. & Kupfer, D.J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: Effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 579-587.
- Goodwin, F.K. & Jamison K.R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Himmighoffen, H., Budischewski, K., Härtling, F., Hell, D. & Böker, H. (2003). Selbstwertgefühl und Partnerbeziehungen von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen: Untersuchung zur Intervallpersönlichkeit mit dem Gießen-Test. *Psychiatrische Praxis*, 30, 21-32.
- Himmighoffen, H. (2006). *Selbstbilder und Fremdbilder von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen. Eine Untersuchung der Persönlichkeit und der Objektbeziehungen bipolarer Patienten im symptomarmen Intervall mit dem Gießen-Test*. Inaugural-Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich.
- Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 80: 101–114.
- Judd, L.J., Schettler, P.J., Akiskal, H.S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., Endicott, J. & Keller, M. (2003). Long-term status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6, 127-137.
- Kröber, H.L. (1993). Bipolare Patienten im Intervall: Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitswandel. *Nervenarzt*, 64, 318-323.
- Kulhara, P., Basu, D., Mattoo, S.K., Sharan, P. & Chopra, R. (1999). Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: Long-term outcome and its psychosocial correlates. *Journal of Affective Disorders*, 54, 87-96.
- Marneros, A. (Hrsg.) (2004). *Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiver Erkrankungen*. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Mentzos, S. (1992). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (1995). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2009). *Lehrbuch der Psychodynamik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Miklowitz, D.J. & Johnson, S.L. (2006). The Psychopathology and Treatment of Bipolar Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 199-235.
- Möller, H.-J. (Hrsg.) (2006). *Therapie psychischer Erkrankungen (3., vollständig überarbeit. Aufl.)*. Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.) (2002). *Psychiatrie und Psychotherapie (2., neu bearbeit. u. ergänzte Aufl.)*. Stuttgart, New York: Georg Thieme.

## ■ Korrespondenzadresse

Dr. med. Holger Himmighoffen  
 Klinik für affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie  
 Zürich Ost  
 Zentrum für Depressions- und Angstbehandlung  
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
 Lenggstraße 31  
 CH - 8032 Zürich  
 Tel.: +41 44 384 23 64  
 Fax: +41 44 383 44 56  
 E-Mail: holger.himmighoffen@puk.zh.ch