



Miklowitz

# Familienfokussierte Psychotherapie bei Bipolaren Störungen



E-Book inside +  
Arbeitsmaterial

**BELTZ**

# Inhalt

Vorwort David Miklowitz	12
Vorwort zur deutschsprachigen Auflage	16

## I Theoretische Grundlagen

<b>1 Einführung in die Familienfokussierte Therapie</b>	20
1.1 Wurzeln der Familienfokussierten Therapie	22
1.2 Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie	22
1.3 Behandlungsprinzipien	23
<b>2 Verlauf und Symptomatik Bipolarer Störungen</b>	26
2.1 Erkrankungsverständnis des Behandelnden	26
2.2 Störungsverlauf über die Lebensspanne	27
2.3 Symptomatik der akuten Episoden	32
2.4 Suizidalität	35
<b>3 Biopsychosoziales Modell und medikamentöse Therapie</b>	36
3.1 Biopsychosoziales Modell	36
3.2 Medikamentöse Behandlung	40
<b>4 Evidenzbasierte Übersicht zur Psychotherapie Bipolarer Störungen</b>	45
4.1 Entwicklung störungsspezifischer Verfahren	45
4.2 Psychotherapie im Kontext des Stadienmodells	46
<b>5 Systemische Perspektiven Bipolarer Störungen</b>	50
5.1 Prinzipien Systemischer Therapie	50
5.2 Einfluss des familiären Systems auf die Erkrankung	52
5.3 Einfluss der Erkrankung auf das familiäre System	53
5.4 Wirkprinzipien des familientherapeutischen Arbeitens	53
<b>6 Evidenz zur Wirksamkeit der Familienfokussierten Therapie</b>	55
6.1 Zusammenschau der Befunde	55
6.2 Aktuelle Weiterentwicklungen	56
6.3 Forschung zum Training der Behandelnden	57
<b>7 Gegenwärtige Versorgungsrealität und Innovationen</b>	58
7.1 Interkulturelle Unterschiede zur US-amerikanischen Versorgungspraxis	58
7.2 Psychosoziale Versorgungsdefizite	58
7.3 Innovationsprojekte	60

## II Manual

<b>8</b>	<b>Ausgangspunkt der Familienfokussierten Therapie</b>	<b>64</b>
8.1	Kontaktaufnahme	64
8.1.1	Eignung von Betroffenen	65
8.1.2	Eignung von Familien	67
8.2	Behandlungsrahmen der Familienfokussierten Therapie	67
8.2.1	Behandlungsstruktur	68
8.2.2	Setting	69
8.2.3	Therapeutische Kompetenzen	70
8.3	Erstkontakt	71
8.3.1	Vernetzung im interdisziplinären Behandlungsteam	71
8.3.2	Behandlungsmotivation von Betroffenen	72
8.3.3	Behandlungsmotivation von Familien	74
<b>9</b>	<b>Diagnostik und Anamnese</b>	<b>79</b>
9.1	Strukturierte klinische Diagnostik	80
9.2	Anamnese	82
9.2.1	Krankheitsverlauf aus Betroffenenperspektive	83
9.2.2	Krankheitsverlauf aus Angehörigenperspektive	84
9.3	Diagnostik des prämorbidem sozialen Funktionsniveaus	86
9.4	Integration der Befunde in die Behandlungsplanung	87
9.5	Diagnostik des familiären Interaktionsverhaltens	88
9.5.1	Durchführung des Familieninterviews	89
9.5.2	Auswertung des Familieninterviews	91
9.5.3	Erfassung des Störungswissens	92
9.6	Therapieevaluation	93
<b>10</b>	<b>Psychoedukationsmodul I: Beziehungsaufnahme und Index-Episode</b>	<b>94</b>
10.1	Ziele des Moduls	95
10.2	Therapiebeziehung	95
10.3	Behandlungsbeginn	97
10.3.1	Vermittlung des Reintegrations-Ansatzes	98
10.3.2	Rationale der familiären Integration	100
10.3.3	Psychoedukation bei Erstmanifestation	100
10.3.4	Psychoedukation bei häufigen Rezidiven	101
10.4	Behandlungsbausteine	102
10.4.1	Besonderheiten der Therapeutenrolle	103
10.4.2	Therapieziele	104
10.5	Aufarbeiten der Index-Episode	106
10.5.1	Akutsymptomatik	108
10.5.2	Prodromalstadium	110
10.5.3	Kritische Lebensereignisse als Auslöser	114
10.6	Widerstand	116

10.7	Auswirkungen stationärer Akutbehandlung	118
10.7.1	Traumata	118
10.7.2	Vertrauensbrüche	121
10.8	Vermittlung der Prognose	122
<b>11</b>	<b>Psychoedukationsmodul II: Ätiologie, Behandlung und Selbstmanagement</b>	<b>125</b>
11.1	Ätiologie	125
11.1.1	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	126
11.1.2	Risiko- und Schutzfaktoren	134
11.1.3	Selbstbeobachtung durch Stimmungsprotokolle	136
11.1.4	Abschluss der ätiologischen Betrachtungen	136
11.2	Behandlungsoptionen	137
11.2.1	Förderung der Medikamentenadhärenz	138
11.2.2	Förderung der Therapiebereitschaft	139
11.3	Familiäre Unterstützung	143
11.3.1	Die Rolle der Familie	143
11.3.2	Toleranz und Akzeptanz	144
11.3.3	Leistungserwartungen	146
11.4	Selbstmanagement	147
11.5	Rückfallprophylaxe	150
<b>12</b>	<b>Psychoedukationsmodul III: Widerstände, Familienkonflikte und Non-Adhärenz</b>	<b>155</b>
12.1	Umgang mit Widerstand	156
12.1.1	Vorwegnahme und Reframing	158
12.1.2	Entstigmatisierung	160
12.1.3	Arbeit mit Analogien	161
12.2	Krankheitsakzeptanz	162
12.2.1	Identitätskrisen	162
12.2.2	Leugnung der Betroffenen	164
12.2.3	Überidentifikation der Betroffenen	165
12.2.4	Akzeptanz-Konflikte der Angehörigen	166
12.3	Familienkonflikte	167
12.3.1	Mangelnde Krankheitsakzeptanz von Angehörigen	170
12.3.2	Hoffungsvermittlung	171
12.3.3	Prozesskommentare	172
12.3.4	Validieren der Betroffenen	173
12.3.5	Validieren der Angehörigen	174
12.3.6	Scham und Schuld	175
12.3.7	Trauerprozesse	176
12.4	Therapieziele	177
12.5	Prodromalsymptomatik und Persönlichkeitseigenschaften	179
12.6	Herausforderungen im Kindes- und Jugendalter	181
12.7	Stigmatisierung	182
12.8	Umgang mit medikamentöser Non-Adhärenz	184

<b>13</b>	<b>Kommunikationsentwicklungsstraining I: Vermittlung von Kommunikationsfertigkeiten</b>	197
13.1	Ziele des Moduls	197
13.2	Einführung in das Kommunikationsentwicklungstraining	199
13.3	Kommunikationsfertigkeiten	202
13.3.1	Tiefgreifende Familienkonflikte begrenzen	204
13.3.2	Einführung in die Technik des Rollenspiels	204
13.3.3	Ausdruck positiver Gefühle	205
13.3.4	Aktives Zuhören	208
13.3.5	Ausdruck von Veränderungswünschen	212
13.3.6	Ausdruck negativer Gefühle	215
<b>14</b>	<b>Kommunikationsentwicklungsstraining II: Therapeutische Haltung und Familiendynamik</b>	219
14.1	Therapeutische Haltung	220
14.2	Generalisierung von Fertigkeiten	223
14.2.1	Familien mit überangepasstem Verhalten	223
14.2.2	Familien mit Zeitproblemen	225
14.2.3	Familien mit ablehnendem Mitglied	226
14.2.4	Übertragung und Gegenübertragung	228
14.3	Umgang mit schwierigen Familiendynamiken	229
14.3.1	Jähzornige Familien	230
14.3.2	Vermeidende Familien	234
14.3.3	Anklagend-distanzierte Familien	237
<b>15</b>	<b>Problemlösemodul: Problemlösestrategien und -prozesse</b>	242
15.1	Ziele des Moduls	243
15.2	Einführung in das Problemlösemodul	243
15.2.1	Problemfelder nach Erkrankungsepisoden	244
15.2.2	Änderungsmotivation	245
15.3	Vermittlung von Problemlösestrategien	246
15.4	Umgang mit Widerstand gegenüber Problemlösestrategien	251
15.5	Problemlöseprozesse	256
15.5.1	Medikamenteneinnahme und Adhärenz	256
15.5.2	Gesellschaftliche Reintegration	258
15.5.3	Zerstörerische Auswirkungen der Erkrankungsepisoden	260
15.5.4	Beziehungs- und Lebenssituationenkonflikte	261
<b>16</b>	<b>Kriseninterventionen</b>	264
16.1	Allgemeine Grundsätze	265
16.2	Stufenplan	265
16.3	Krisensitzungen	268
16.4	Manische Episoden	269
16.4.1	Manie-bedingte Klinikaufenthalte	270

16.4.2	Krisenbegleitung der Angehörigen	273
16.4.3	Hypomanie-bedingte Krisen	273
16.4.4	Präventionsmaßnahmen nach einem Rückfall	275
16.5	Depressive Episoden	276
16.6	Suizidale Krisen	277
16.6.1	Diagnostische Abklärung	279
16.6.2	Psychoedukation	281
16.6.3	Anwendung von Kommunikationsfertigkeiten	283
16.6.4	Anwendung erarbeiteter Problemlöseprozesse	285
16.7	Alkohol- und Substanzmissbrauch	286
16.7.1	Selbsthilfegruppen	287
16.7.2	Diagnostische Einschätzung	288
16.7.3	Psychoedukation	289
16.7.4	Kommunikationsfertigkeiten	290
16.7.5	Problemlöseprozesse	291
16.7.6	Funktionalität des Substanzmissbrauchs	292
16.7.7	Zusätzliche Behandlungsangebote	293
16.8	Psychosoziale Krisen	294
16.8.1	Scheidung oder Trennung	294
16.8.2	Kindesmissbrauch und Partnergewalt	295
<b>17</b>	<b>Behandlungsabschluss: Rückblick und Rückfallprophylaxe</b>	<b>297</b>
17.1	Behandlungsabschluss	297
17.2	Struktur der Abschlusssitzungen	301
17.2.1	Rückblick auf den Behandlungsverlauf	301
17.2.2	Antizipieren zukünftiger Probleme	303
17.2.3	Zukünftiger Behandlungsbedarf	304
17.3	Katamnese	309
<b>Anhang</b>		
	Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	312
	Literatur	339
	Sachwortverzeichnis	350

# 1 Einführung in die Familienfokussierte Therapie

- 1.1 Wurzeln der Familienfokussierten Therapie
- 1.2 Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie
- 1.3 Behandlungsprinzipien

Abrupte Aufbrüche aus dem Gewohnten und Abstürze zurück in ein Leben, das nicht mehr so ist wie zuvor. Es ist ein immenser Spagat, den Betroffene und ihre Angehörigen im Verlauf einer Bipolar affektiven Störung leisten müssen: Einerseits ringen Sie mit den belastenden Erlebnissen aus den vergangenen manischen oder depressiven Episoden und der Sorge darum, dass das alles wiederkommen könnte. Andererseits bietet der zunächst eher gutartige Verlauf dieser Erkrankung nach Abklingen der akuten Krankheitsphasen die Möglichkeit, alles Pathologisieren beiseitezuschieben und darauf zu hoffen, dass es an einmalig außergewöhnlichen Konstellationen lag, dass es überhaupt zum Krankheitsschub kam. In der professionellen Begleitung von bipolaren Betroffenen und ihren Angehörigen erleben Therapeut:innen, auf welch vielfältige Weise dieser Spagat gelöst werden kann. Dabei werden sie Zeug:innen oder sogar selbst Partei einer einseitigen Auflösung in Richtung einer vermeidenden, überfürsorglichen, überkritischen oder sogar feindseligen, familiären Kommunikation.

Wie ausgeprägt bipolare Episoden das familiäre System verändern und wie bedeutsam die innerfamiliäre Kommunikation für den weiteren Verlauf der Erkrankung ist, wird häufig schnell sichtbar. Im günstigen Falle kann Psychotherapie den Raum für eine Validierung der Erfahrungen mit der Erkrankung öffnen, der Betroffenen und Angehörigen während akuter Episoden meist nicht ausreichend zur Verfügung steht. Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham und Wut können durch einen wertschätzenden und offenen Austausch im therapeutischen Setting in eine neu ausgerichtete Kommunikation eingebettet und damit gemildert werden. Dabei entsteht die Voraussetzung für eine Integration der Erlebnisse während akuter Episoden in das Leben danach. Diese Integration ist wichtig, um Betroffenen und ihren Angehörigen dabei zu helfen, wieder-aufkeimende, zukünftige Episoden rechtzeitig zu erkennen, im besten Falle abzuwenden oder zumindest eingrenzen zu können.

## **Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung**

In der bislang vorherrschenden psychosozialen Versorgung erschwert die institutionelle, professionelle und personenbezogene Fragmentierung von Behandlungen von bipolar Betroffenen ein integriertes Verständnis von biologischen, psychologischen und sozialen Risikofaktoren für diese Erkrankung. Im ungünstigen, aber immer noch regelhaften, Falle sind Betroffene während akuter Episoden abgeschottet in stationär-psychiatrischen Einrichtungen und kehren nach deren Abklingen in ihr gewohntes Um-

feld zurück, ohne dass die Angehörigen ausreichend in die stationäre Behandlung einbezogen und die stationären Behandler:innen mit dem sozialen Umfeld der Betroffenen vertraut gemacht worden wären. Im Anschluss an die Akuttherapie neu auftauchende, ambulante Behandler:innen können sich unter Umständen kein Bild von der Wucht der akuten Symptomatik und ihrer Konsequenzen für die sozialen Interaktionen machen. Zudem arbeiten sie wiederum häufig fragmentiert, nach Profession getrennt, an unterschiedlichen, therapeutischen Baustellen, oftmals ohne das systemische Umfeld der Betroffenen zu kennen. Dabei können einseitige Krankheitskonzepte aufseiten der Betroffenen und ihren Angehörigen befördert werden, die eine Überbetonung neurobiologischer (z. B. Synapsenmodell), klärungsorientierter psychologischer Konzepte (z. B. manische Abwehr als Lösungsversuch einer Selbstwertkrise) oder sozialer Konstruktivismen (z. B. Patient:in mit manischer Episode als Symptomträger:in einer Familie mit überrigiden Regeln) beinhalten können. Die genannten Konzepte können hilfreich bei der Bewältigung von Bipolaren Störungen sein. Dennoch zeigt die empirische Forschung deutliche Grenzen auf, was einen eindimensionalen Theorie- und Behandlungsrahmen für diese im Kern weltweit und kulturunabhängig mit ähnlicher Inzidenz auftretende und somit offensichtlich zum Menschsein dazugehörige Erkrankung angeht. Weder ausschließlich an biologischen, noch an psychologischen oder systemischen Theorien orientierte Therapieformen konnten bislang überzeugend eine langfristige Stabilisierung von bipolar betroffenen Menschen zeigen.

### **Positive Entwicklungen in der Versorgungsrealität**

Erfreulicherweise sind in den vergangenen drei Jahrzehnten diverse psychotherapeutische Methoden (in Kombination mit einer psychiatrischen Behandlung) für Betroffene mit einer Bipolaren Störung entwickelt und validiert worden, die ein biopsychosoziales Modell für die Erkrankung respektieren und empirisch nachprüfbar das Risiko für das erneute Auftreten von manisch-depressiven Episoden reduzieren können. Ein Einbezug des unmittelbaren sozialen Umfeldes der Betroffenen ist dabei direkt oder indirekt ein wesentliches Merkmal vieler dieser Methoden. Diese wirksamen Methoden lassen sich knapp zusammengefasst so beschreiben: Sie vermitteln Wissen zum Störungsbild, lenken den Blick auf interpersonelle Konsequenzen der Erkrankung und vermitteln basale Techniken des Kommunikations- und Problemlösetrainings. Zudem ist es empfehlenswert, die Arbeit mit den Betroffenen eingebettet in ein professionelles Netzwerk mit anderen Akteur:innen der psychosozialen Versorgung zu gestalten.

Das vorliegende Buch möchte mit der Familienfokussierten Therapie (FFT) ein Verfahren im deutschen Sprachraum vorstellen, dass sich in Forschung und klinischer Praxis seit vielen Jahren bewährt hat. Neben Elementen von Psychoedukation und Kognitiver Verhaltenstherapie integriert Familienfokussierte Therapie auch eine systemische Perspektive und ermöglicht so in einem gemeinsamen Therapieprozess für bipolar Betroffene und deren Angehörigen eine neue Ausbalancierung des familiären Systems nach einer akuten Episode.

## **Annahmen der Familienfokussierten Therapie**

Es ist hilfreich, die wesentlichen Annahmen der Familienfokussierten Therapie zu kennen, um die grundsätzliche therapeutische Haltung und die Gestaltung der Beziehung zu Betroffenen und ihren Angehörigen im Rahmen einer FFT zu verstehen. Die Annahmen werden in den Abschnitten 1.1 bis 1.3 vorgestellt. Wie gut diese Grundannahmen durch empirische Evidenz abgesichert sind, wird ausführlicher in Kapitel 6 dargelegt.

### **1.1 Wurzeln der Familienfokussierten Therapie**

Zusammengefasst sind die Wurzeln der FFT aus psychotherapeutischen Erfahrungen mit schizophrenen Patient:innen entstanden. Beginnend mit den 1980er-Jahren wurde der Fokus auf den Einfluss der familiären Kommunikation auf den Verlauf dieser Erkrankungen gelegt. Goldstein und Miklowitz (1990) konnten damit als eine der ersten klinischen Psycholog:innen zeigen, dass psychologische Konzepte hilfreich sind, um den Krankheitsverlauf von jungen, schizophrenen Patient:innen günstig zu beeinflussen. Diese Erkenntnisse wurden dann in mehreren Schritten auf die Arbeit mit bipolar Betroffenen übertragen bzw. angepasst und durch psychologische und psychotherapeutische Forschung untermauert. Hier soll zunächst übersichtsartig gezeigt werden, welche Grundgedanken dabei den Ausgangspunkt der therapeutischen Arbeit bilden. Miklowitz (2002) hat die folgenden systemischen Leitsätze für die FFT herausgearbeitet:

- (1) Jede akute Episode einer Bipolaren Störung bedeutet eine Katastrophe für das gesamte familiäre System.
- (2) Jede Episode ruft einen Zustand von (andauernder) Dysbalance im Familiensystem hervor.
- (3) Das übergeordnete Ziel von FFT ist die Unterstützung einer Familie, um einen Zustand von neuem Gleichgewicht wiederherzustellen.

Der systemische Charakter dieser Grundannahmen wird ergänzt durch neurobiologische und kognitiv-behavioristische Perspektiven auf Bipolare Störungen. Diese versuchen pragmatisch und integrativ vorhandenes, evidenzbasiertes Wissen um diese Erkrankung zu vereinen.

### **1.2 Die drei Phasen von Familienfokussierter Therapie**

FFT besteht aus einem dreistufigen Psychotherapieprogramm, das folgende Elemente in der therapeutischen Arbeit mit der Familie etabliert:

- (1) **Psychoedukation.** In der ersten Phase, der Psychoedukation, geht es darum, gemeinsam mit den Betroffenen und Angehörigen die Erkrankung und ihre oftmals katastrophalen Konsequenzen zu verstehen. Dazu gehört ein Modell für das Verständnis der Entstehung und den Verlauf der Erkrankung sowie für die verschiedenen Bestandteile einer erfolgreichen Behandlung zu erarbeiten. Neurobiologische, psychologische und soziale Komponenten werden als bedeutsam für den Langzeitverlauf

der Erkrankung etabliert und es wird auf die zentrale Bedeutung von medikamentöser Behandlung hingewiesen.

- (2) **Kommunikationstraining.** Die zweite Phase, ein Kommunikationstraining, schließt sich der Psychoedukation an. Die Erfahrung, dass es häufig signifikante Blockaden in der familiären Kommunikation durch die gemeinsame Erfahrung akuter Episoden gibt, ist der Ausgangspunkt für diesen Therapieabschnitt. Es sollen klare und hilfreiche Kommunikationsmuster entwickelt oder wiederbelebt werden, um diese Blockaden Schritt für Schritt aufzulösen.
- (3) **Problemlösetraining.** Die dritte Phase, ein Problemlösetraining, beinhaltet das Einüben wirksamer Strategien zur Lösung von Konflikten. Dabei ist zu beachten, dass die Familie in ihrer früheren Kompetenz Alltagsprobleme häufig gut zu bewältigen wusste und durch die Erfahrung akuter bipolarer Episoden in ein massives Ungleichgewicht geraten ist. Einfache und klare Techniken sollen dem Familiensystem daher helfen, wieder aktiv an die Bearbeitung bestehender Konflikte heranzugehen.

### 1.3 Behandlungsprinzipien

Bei der familienfokussierten Therapie werden sechs übergeordnete Behandlungsprinzipien formuliert, die unabhängig von der jeweiligen Behandlungsphase, handlungsleitend bei der Durchführung der Psychotherapie sein sollten (Miklowitz, 2002). Wir werden diese im Folgenden darstellen und eigene Modifikationen kenntlich machen.

**Behandlungsprinzip 1: Betroffene und ihre Angehörigen bei der Integration von Erfahrungen der akuten Episoden unterstützen.** Die erste wichtige Etappe dieses übergeordneten Ziels ist die Vermittlung von differenziertem Störungswissen und somit die Einordnung von erlebten Veränderungen in Affekt, Kognition und Verhalten in das Konzept von Bipolarität. Betroffene und ihre Angehörige können dann (häufig erst retrospektiv) vieles von dem, was sie als massive Störung in ihrer Interaktion und Kommunikation erlebt haben, als ein Symptom der Erkrankung verstehen und die damit verbundenen Gefühle von Ohnmacht, Wut, Scham etc. neu bewerten und bearbeiten.

**Behandlungsprinzip 2: Betroffene und ihre Angehörigen bei der Akzeptanz des Rückfallrisikos unterstützen.** Ein wesentliches Merkmal von Bipolaren Störungen ist die Vollremission nach Abklingen einer akuten Episode. Gerade nach einer ersten Episode ist es für Betroffene und ihre Angehörigen schwer vorstellbar, dass es jederzeit zu Rückfällen kommen kann, ohne entsprechende Behandlung sogar äußerst wahrscheinlich kommen wird. Kritische Lebensereignisse, der Einfluss von Substanzen oder andere externe Faktoren werden von Betroffenen zunächst häufig als Grund dafür angesehen, dass die vergangene (oder abgeklungene) Episode ein einmaliges Ereignis gewesen sein muss und dass es sich wahrscheinlich auch nicht um die gestellte Diagnose, sondern um eine Art Anpassungsstörung handeln müsse. Im therapeutischen Prozess der FFT geht es darum, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls psychoedukativ zu vermitteln und gemeinsam mit der Familie daran zu arbeiten, wie mit dem Risiko dieser ernst zu nehmenden Erkrankung umgegangen werden könnte.

**Behandlungsprinzip 3: Betroffene und ihre Angehörige bei der Akzeptanz für stimmungsstabilisierende Medikation unterstützen.** Während David Miklowitz an dieser Stelle formuliert, dass die FFT die Abhängigkeit von bzw. das Angewiesensein auf stimmungsstabilisierende Medikation vermitteln sollte, favorisieren wir eine etwas neutralere Variante. Es ist aus unserer Sicht wichtig, Betroffenen und ihren Angehörigen klar zu vermitteln, dass aus evidenzbasierter Perspektive eine langfristige Stabilisierung ohne Medikation kaum erfolgsversprechend ist. Bei einem längeren Krankheitsverlauf sollte gemeinsam erarbeitet werden, wie Rückfälle mit der Unterbrechung oder Reduktion von stimmungsstabilisierender Medikation in Zusammenhang gestanden haben könnten. Dennoch ist es aus unserer Sicht eine genuin psychotherapeutische Aufgabe, die Autonomie von Betroffenen zu stärken und sie zu einer informierten Entscheidung zu befähigen. Insbesondere würden wir die Durchführung einer FFT nicht an die durchgängige Einnahme von Psychopharmaka als Bedingung knüpfen. Sehr wohl drängen wir für den Fall einer gewünschten Medikationspause oder Reduktion auf eine psychiatrische Mitbehandlung, wie von der Psychotherapierichtlinie auch vorgesehen. Dies könnte etwa in Form von regelmäßigen, psychiatrischen »Check-ups« geschehen, welche auch ohne die Einnahme von Medikation als dauerhafte Bedingung für FFT verlangt werden können.

**Behandlungsprinzip 4: Betroffene und ihre Angehörige bei der Unterscheidung zwischen bipolaren Symptomen und der Persönlichkeit des Betroffenen unterstützen.** Akute Psychopathologie und Eigenschaften der Persönlichkeit und des Temperaments sind nicht immer einfach voneinander zu trennen. Insbesondere deswegen nicht, da Betroffene einer Bipolaren Störung in vielen Fällen zylothyme oder hyperthyme Temperamentsausprägungen und erhöhte Impulsivitätswerte zeigen. Je häufiger bipolar Betroffene von akuten Episoden betroffen sind, desto schwerer fällt es ihnen oft, beginnende Symptome vom normalen Auf und Ab im Zuge ihres Temperaments zu unterscheiden. Nicht jede Schwermut ist jedoch der Beginn einer klinischen Depression und nicht jede impulsive Handlung oder überschäumende Verliebtheit eine beginnende Manie. Es ist für alle bipolar Betroffenen ein Langzeitprojekt herauszufinden, wie sie sich an dieser Stelle gut einschätzen und vertrauen können. In der Kommunikation mit Angehörigen dürfen sie zugleich einüben, sich bei überfürsorglichen oder überkritischen Kommentaren gut abzugrenzen und andererseits offen für Rückmeldungen zu sein, die sich auf die Unterscheidung von Symptomen und Persönlichkeit beziehen.

**Behandlungsprinzip 5: Betroffene und ihre Angehörige beim Umgang mit Stressoren und Lebensereignissen, die Rückfälle auslösen können, unterstützen.** Die FFT vermittelt, wie viele andere moderne Psychotherapieverfahren und -methoden, ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell und verknüpft damit für Betroffene und ihre Angehörigen die Aufgabe, sich damit auseinanderzusetzen, wie der Umgang mit individuellen und systemischen Stressoren günstig beeinflusst werden kann. FFT betont dabei die Verantwortung, die alle im familiären System dafür tragen, dass Kommunikation gelingt und Probleme (wieder) besser gelöst werden können. Für Betroffene ist damit die Botschaft verbunden, dass sie nicht allein verantwortlich dafür sind, wie sich der weitere Verlauf ihrer Erkrankung gestaltet.