

Liebe Studienteilnehmenden und Mitglieder des SFB/TRR 393,

es ist uns eine große Freude, Sie zum Ende der Sommerferien in den meisten Bundesländern mit frischen Informationen zum Verlauf unseres SFB 393 zu versorgen. Wie gewohnt, finden Sie auf den nächsten Seiten Informationen über neue Projektmitarbeiter, Medienarbeit, Preise und Ehrungen, wissenschaftliche Veröffentlichungen sowie einen Kongresskalender der wichtigsten Fachkongresse in den verbleibenden Monaten bis Jahresende.

Besondere Aufmerksamkeit sei in diesem Newsletter einem Erfahrungsbericht eines Teilnehmenden am SFB/TRR 393 gewidmet, der interessante Einblicke in die Motivation zur Teilnahme an Forschungsprojekten bietet. „Leben mit bipolarer Störung“, so lautet ein Interview, das eine Projektleiterin mit einem Experten mit gelebter Erfahrung durchgeführt hat, und spannende Einblicke gibt. Bezüglich neuer wissenschaftlicher Publikationen ist hervorzuheben, dass in der am weitesten verbreitenden deutschsprachigen Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ ein spezielles Themenheft zur Forschung des SFB/TRR 393 erschienen ist.

Insgesamt verläuft die Projektarbeit der einzelnen Studien sehr gut und die Zwischenziele bezüglich der Neueinschlüsse von Teilnehmenden konnten überwiegend zeitgerecht erfüllt werden. Als Ausdruck unserer Wertschätzung möchten wir noch ein herzliches Danke an alle Teilnehmenden aussprechen, ohne deren Teilnahme Forschung nicht möglich wäre.

Wie bereits im letzten Newsletter geschrieben, ist es uns ein wichtiges Anliegen, dass sich mitarbeitende Kolleginnen und Kollegen in verständlicher Sprache mit ihrer Forschungsarbeit präsentieren. Explizit ist es uns auch wichtig, dass die Projektteilnehmenden von Ihren Erfahrungen berichten. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie künftig einen Beitrag verfassen möchten. Wir freuen uns darüber hinaus auch über Zuschriften und Anregungen aller Art an das Redaktionsteam z.Hd. Frau Eliane Burkhardt (eliane.burkhardt@ukdd.de), die sofern sie geeignet erscheinen, auch in einem der kommenden Newsletter veröffentlicht werden sollen. Viel Freude beim Lesen wünscht für das Team Dresden mit herzlichen Grüßen für einen weiterhin schönen Sommer,

*Prof. Michael Bauer, Eliane Burkhardt
Redaktion Newsletter SFB/TRR 393*

Inhalt

Erfahrungsbericht eines Teilnehmenden am SFB/TRR 393	2
Leben mit bipolarer Störung: „Ihr seid nicht allein!“	3
Der SFB/TRR 393 beim Deutschen Patientenkongress Depression 2026 – Ein beeindruckender Tag	6
Forschung aktiv mitgestalten: Werden Sie Teil unseres Teams für die Erforschung affektiver Störungen!	7
Presseartikel.....	8
Neue Mitarbeiter	12
Ehrungen, Preise von Mitarbeitern	12
Öffentlichkeitsarbeit	12
Kongress-Kalender	13
Themenheft zum SFB/TRR 393 in "Der Nervenarzt"	13
Liste neuer Publikationen	14

- ✓ Deutschsprachige Homepage: info.sfb-trr393.de
- ✓ Englischsprachige Homepage: www.sfb-trr393.de
 - ✓ Bluesky: [@trr393.bsky.socia](https://bsky.app/profile/trr393.bsky.social)
 - ✓ Instagram: [@sfb.trr393](https://www.instagram.com/sfb.trr393)
- ✓ Facebook: www.facebook.com/sfb.trr393/

Erfahrungsbericht eines Teilnehmenden am SFB/TRR 393

Dr. Martin Nalbach, 37, promovierter Chemiker, Wohnhaft in Baden-Württemberg



„Noch einen Willen – aber kein Können mehr“

Als wissenschaftlicher Mitarbeiter und promovierter Chemiker mit einer schweren Depression seit September 2025 war meine Erkrankung die herausforderndste Phase meines Lebens. Doch dank der medizinischen Forschung konnte ich wieder zurückfinden – und möchte nun etwas zurückgeben. Durch meine Teilnahme an wissenschaftlichen Studien, insbesondere im Rahmen des SFB/TRR 393-Projektes, möchte ich zur besseren Früherkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen beitragen.

Von der Krise zur Chance

Initial entdeckte ich über die Webseite der Deutschen Depressionsliga ([Teilnehmer gesucht – aktuelle Studien und Umfragen - Deutsche Depressionsliga e. V.](#)), dass Probanden mit Diagnose für Studien gesucht werden und ließ einen selbst programmierten KI-Assistenten nach passenden Angeboten mit Schwerpunkt MRT-Messungen suchen – bis ich auf die Webseite der Medizinischen Fakultät der Universität Münster ([Proband*in werden gesucht](#)) und den Infolyer ([2022_Flyer_Probandenrekrutierung.pdf](#)) stieß.

Teilnahme mit Weitblick (und Weitanreise)

Nach einer kurzen E-Mail-Anfrage erhielt ich zeitnah eine freundliche Rückmeldung – inklusive Angebot für ein persönliches Telefonat. Die Kommunikation war schnell, klar und sehr herzlich. Die Studienleitung erklärte den Ablauf und beantwortete alle meine Fragen. Besonders schätzte ich die flexible Terminplanung: Aufgrund meiner langen Anreise aus Baden-Württemberg wurde mein Studientermin auf einen Freitagnachmittag und einen Samstagmorgen aufgeteilt, was meine Anreise deutlich erleichterte.

Die Vorbereitung war perfekt: Ein Link zum Vorabscreening (<https://redcap.link/sfb393-studie>), detaillierte Ablaufinformationen, klare Anreisehinweise (<https://neurocloud.zih.tu-dresden.de/index.php/s/WH78LKDZwR6AsfD/download>) und Erinnerungsmails sorgten für Transparenz und Sicherheit.

Ein volles Programm, das sich menschlich anfühlt

Nach persönlicher Begrüßung und App-Installation folgte ein anspruchsvolles und abwechslungsreiches Programm: MRT-Messung (ca. 60 Min., mit Vorab- und Nachbearbeitung am Computer), neurologische Testung, EEG-Messung, Übergabe der Stuhlprobe sowie ein ausführliches klinisches Interview. Die Betreuung durch die Forscherin in Münster war nicht nur professionell, sondern auch warmherzig und empathisch. Besonders beeindruckt war ich von der MRT-Untersuchung: Dank des integrierten Headsets konnte ich jederzeit kommunizieren, und die Forscherinnen sorgten mit Decken und ruhiger Stimme für ein angenehmes Umfeld. Die Zeit verging wie im Flug – keine Angst, keine Unruhe.

Die Quintessenz

Ich fühlte mich nicht wie ein „Versuchskaninchen“, sondern als wertvoller Teil der Forschung. Die Gespräche waren tiefgründig, vertrauensvoll und ohne Urteil. Die Teilnahme war für mich nicht nur eine Geste der Dankbarkeit, sondern auch eine wertvolle Gelegenheit, mehr über meine eigene Erkrankung zu lernen.

Sollte die Möglichkeit bestehen, an weiteren Studien des SFB/TRR 393 teilzunehmen – egal an welchem Standort –, dann tue ich das mit großer Bereitschaft.

Leben mit bipolarer Störung: „Ihr seid nicht allein!“



[Bild: Tina Meller generiert mithilfe von www.perplexity.ai/]

Wir freuen uns sehr, dass uns in diesem Jahr zum Welttag der bipolaren Störung am 30. März einer unserer **Expert*innen mit gelebter Erfahrung* Einblicke in das Leben und den Umgang mit einer bipolaren Störung** gibt.

*Expert*innen mit gelebter Erfahrung sind Menschen, die selbst mit einer bestimmten Erkrankung leben, oder deren Partner*innen, Angehörige, oder Freund*innen betroffen sind.

Zum Einstieg in die Thematik fasst Prof. Dr. Irina Falkenberg, Klinikerin und Expertin zum Thema Bipolare Störungen, sowie Projektleitung in den SFB/TRR 393 Projekten A06 und RTG, die wichtigsten Fakten zu dieser Erkrankung zusammen:

Die bipolare Störung ist eine psychische Erkrankung, von der etwa 1–2 % der Bevölkerung betroffen sind. Bei der bipolaren Störung schwankt die Stimmung ungewöhnlich stark zwischen verschiedenen Extremen. Betroffene erleben sowohl Phasen der Depression mit Symptomen wie gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und verminderter Freude, als auch Phasen der Manie oder Hypomanie. In diesen Zeiten sind sie oft ungewöhnlich energiegeladener, brauchen wenig Schlaf, fühlen sich übermäßig selbstsicher, sind sehr aktiv oder treffen riskante Entscheidungen. Zwischen diesen Episoden können viele Menschen über längere Zeit eine stabile Stimmung haben. Die Ursachen der bipolaren Störung sind komplex. Meist spielen mehrere Faktoren zusammen: eine genetische Veranlagung, Veränderungen in der Regulation von Botenstoffen im Gehirn sowie belastende Lebensereignisse oder Stress. **Wichtig zu wissen ist, dass die Erkrankung nichts mit persönlicher Schwäche zu tun hat. Sie ist eine medizinisch gut beschriebene und behandelbare Erkrankung.**

Die Behandlung besteht in der Regel aus mehreren Elementen. Medikamente wie sogenannte „Stimmungsstabilisierer“ helfen, starke Stimmungsschwankungen zu verhindern. Ergänzend unterstützen psychotherapeutische Verfahren dabei, Frühwarnzeichen zu erkennen, mit Stress umzugehen und einen stabilen Alltag zu gestalten. Auch regelmäßiger Schlaf, strukturierte Tagesabläufe und Unterstützung durch Familie oder soziale Netzwerke spielen eine wichtige Rolle. **Mit einer guten Behandlung können viele Betroffene ein erfülltes und erfolgreiches Leben führen.** Entscheidend ist eine frühzeitige Diagnose, denn nur dann kann auch die passende Behandlung rechtzeitig eingeleitet werden, was sich nachweislich positiv auf den weiteren Verlauf der Erkrankung auswirkt. Aufklärung über die bipolare Störung kann dazu beitragen, Vorurteile und Stigmatisierung zu

verringern. Dadurch werden Symptome häufiger früher erkannt, Diagnosen eher gestellt und wirksame Therapien können rechtzeitig beginnen.

„Leben mit bipolarer Störung“ – Interview mit einem Experten mit gelebter Erfahrung

Wann und wie haben Sie zum ersten Mal gemerkt, dass „etwas anders“ ist mit Ihrer Stimmung?

Ich habe bereits in der Schulzeit immer wieder gemerkt, dass ich Stimmungen unterworfen bin, insbesondere depressiven Stimmungen. An manische Episoden in der früheren Kindheit kann ich mich nicht erinnern. Die erste manische Phase habe ich in einem Austauschjahr in Amerika erlebt, welche mit Angstzuständen und Verfolgungswahn endete. Ich habe damals vermutet, dass ich daran selber schuld bin und durch eine bessere Lebensführung vermeiden kann, dass dies erneut geschieht. Ich habe deshalb in den Jahren danach versucht, Erlebnisse und Umgebungen zu vermeiden, welche meine Stimmung stark beeinflussen.

Wie hat die Erkrankung Ihren Alltag beeinflusst (z. B. Arbeit/Studium, Familie, Freundschaften)? Wie haben Menschen in Ihrem Umfeld (privat oder beruflich) auf die Diagnose reagiert?

Mein Alltag war oft dadurch geprägt, dass meine Stimmungen meine Konzentrationsfähigkeit, sowie meine Fähigkeit, mich auf andere Menschen einzustellen, stark beeinflusst hat. Dies führte dazu, dass meine Wahrnehmung anderer Menschen und meiner gesamten Umgebung stark von dem jeweiligen Stimmungszustand abhängig war. Dies hat alle Lebensbereiche relativ stark beeinflusst, weil ich für andere Menschen sicherlich immer ein wenig unberechenbar war. Diese sind damit sehr unterschiedlich umgegangen (von Unterstützung bis zu Kontaktabbruch). Meine Eltern haben die Erkrankung oft und lange verleugnet, phasenweise den Kontakt vollständig abgebrochen. Meine Familie (meine Frau und mein Sohn) sind eine unbeschreiblich großartige Ressource, ich habe zu ihnen vollkommenes Vertrauen, so dass ich deren Rückmeldung über Schwankungen in die eine oder andere Richtung gut annehmen kann. Freunde haben ebenfalls sehr unterschiedlich reagiert, eine ganze Reihe von Freundschaften sind an der Erkrankung gescheitert, andere haben sich durch ein tiefgreifendes Verständnis vertieft.

Bei Arbeit und Studium habe ich in den guten Phasen deutlich mehr gearbeitet, weil ich wusste, dass ich Zeiten erleben würde, in denen ich dazu nicht in der Lage sein werde.

Wie erleben Sie depressive Phasen im Vergleich zu manischen oder hypomanen Phasen? Welche typischen Anzeichen gibt es für Sie?

Die hypomanen Phasen sind am langen Ende meist mit negativen Konsequenzen verbunden – sie sind jedoch, wenn man sie gerade erlebt, ausgesprochen angenehm und geprägt durch ein übertriebenes Selbstvertrauen und Zutrauen in eigene Fähigkeiten. Im Gegensatz dazu sind depressive Phasen zumeist ungefährlich, weil ich mich in diesen Phasen in aller Regel extrem zurückziehe, sehr wenig soziale Kontakte habe und nahezu keine Entscheidungen treffe und (aus Angst) sehr wenig Geld ausbebe. Die Anzeichen dafür sind: extreme Unlust, morgens aufzustehen, Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen, generelles Desinteresse an auch sonst für mich hoch interessanten Themen und Menschen, Unlust, mich zu bewegen.

Welche Strategien oder Routinen helfen Ihnen im Alltag, stabil zu bleiben?

Folgende Strategien und Routinen haben mir bei der Bewältigung der Erkrankung sehr stark geholfen:

- Struktur im Tagesablauf, d.h. jeden Morgen aufstehen, auch wenn dies gegen erhebliche Widerstände erfolgt. Wenn irgend möglich, bringe ich meinen Sohn morgens zur Schule und mache ihm Frühstück. Dies vermittelt mir, selbst in depressiven Phasen, stets ein Gefühl von Befriedigung, dass ich meine Aufgaben als Vater wahrnehmen kann.
- Regelmäßige Bewegung – auch bei Unlust dazu. Bewegung führt nach meiner Erfahrung nahezu immer dazu, dass sich die Stimmung aufhellt.
- Disziplinierter Umgang mit Geld. In den depressiven Phasen habe ich immer Angst vor Verarmung, diese Strategie hilft dabei, diese Angst erheblich zu reduzieren.

Welche Rolle spielen Angehörige und Freunde – was hat Ihnen gutgetan, was war schwierig?

Insbesondere die Ablehnung durch meine Eltern hat mich teilweise stark belastet, ist jedoch durch die großartige Unterstützung meiner Frau und meines Sohnes mehr als kompensiert worden.

In Bezug auf die Reaktion der Freunde war die Belastung deutlich geringer, weil mein Bedürfnis nach sozialem Kontakt insgesamt stark abgenommen hat.

Mein behandelnder Arzt ist der beste, den ich jemals hatte, und unterstützt mich in vielfältiger Weise. Insgesamt empfinde ich eine große, aufrichtige Dankbarkeit für die große Unterstützung, die ich immer wieder erhalte und Freude, aus dieser Krankheit (auch durch dieses Projekt) etwas machen zu können, was mir Freude, Sinn und Befriedigung vermittelt.

Eine ganz erhebliche Unterstützung ist es, in depressiven Phasen von Menschen, denen ich vollkommen vertraue, zu erfahren, dass dies nur eine Phase ist, die irgendwann auch wieder beendet ist.

Haben Sie Erfahrungen mit Vorurteilen gemacht? Was war belastend, was hat geholfen?

Für mich war die Akzeptanz der Krankheit und die Unterstützung der großartigen Menschen in meiner Umgebung der größte Schutz vor der Angst vor Ablehnung und Vorurteilen. Ich habe für mich gelernt, dass eben nicht alle Menschen mit meiner Erkrankung umgehen können, und dass eben auch nicht alle, von denen ich das gedacht hätte, wahre Freunde sind.

Was hat Sie motiviert, sich für Forschung und/oder unseren SFB einzusetzen?

Für mich ist die Teilnahme an diesem Projekt in mehreren Dimensionen eine sehr heilende und angenehme Erfahrung: zum einen vermittelt es mir einen Sinn, andere Menschen, die gleiche oder ähnliche Erkrankungen haben, zu unterstützen. Eine solche Unterstützung hätte ich mir in meinen stark depressiven Phasen vor 30 Jahren gewünscht, doch diese war damals noch nicht verfügbar, und wird heute durch die Möglichkeiten des Internets, der damit verbundenen Möglichkeit, nahezu unbegrenzt zu recherchieren und Ressourcen für sich zu entdecken, ganz erheblich erleichtert. Des Weiteren macht es mir Freude, die in meiner eigenen Dissertation erlernten wissenschaftlichen Methoden in diesem Projekt wiederzufinden und darüber zu einem tieferen Verständnis des Projektes und seinen Zielen zu gelangen.

Welche Botschaft möchten Sie anderen Betroffenen und/oder deren Angehörigen mitgeben?

Ich möchte allen Betroffenen und deren Angehörigen die Botschaft mitgeben: **Ihr seid nicht allein.** Es gibt viele Menschen, die davon betroffen sind. Ablehnung und Vorurteile gehören nun einmal leider zum Leben dazu und werden durch die Unterstützung und Anteilnahme anderer Menschen oft mehr als kompensiert. Heilung und Umgang mit der Erkrankung funktionieren nach meiner Erfahrung nicht (wie ich zunächst vermutete) mit einem großen Wurf (einer neuen Medikation oder einer neuen Therapieform), sondern durch die Summe vieler kleiner Gewohnheiten.

Die Qualität der behandelnden Ärzte ist extrem unterschiedlich, ich habe von Totalausfall bis hin zu bestmöglicher Unterstützung (jetzt) nahezu alles erlebt. Es gibt eben leider auch Ärzte, die – sobald sie von dieser Diagnose hören – das Gespräch nach weniger als 5 Minuten damit beenden, dass sie die dafür üblichen Medikamente verschreiben.

Ich kann nur jeden motivieren, weiter zu suchen, einen Behandler zu finden, welcher Empathie, Verständnis und Kompetenz einbringt. Nach meiner persönlichen Erfahrung ist ein behandelnder Arzt, welcher diese Eigenschaften mitbringt, ein Segen für den weiteren Verlauf der Erkrankung.

Wir bedanken uns von Herzen für Ihre Offenheit und Zeit! Gibt es noch etwas, das Sie sagen möchten?

Ich habe es als enorm heilsam erlebt, im Rahmen dieses Projektes über meine Erkrankung zu sprechen und hier viel Empathie, Kompetenz und Anerkennung zu finden. Ich kann nur jeden ermutigen, solche Foren zu nutzen, um die eigene Erkrankung besser kennenzulernen und im Austausch mit anderen zu einem neuen Umgang damit zu kommen.

Weitere Informationen, Unterstützungsangebote und Kontaktadressen zum Thema Bipolare Störungen finden Sie auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. unter

www.dgbs.de.

Mehr Informationen über unseren Forschungsverbund SFB/TRR 393 finden Sie unter info.sfb-trr393.de.

Der SFB/TRR 393 beim Deutschen Patientenkongress Depression 2026 – Ein beeindruckender Tag

[Foto: Tina Meller]

Frankfurt am Main, 30. Mai 2026 – Unter dem Motto „Wir sind jeder Sechste“ fand Ende Mai der achte von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention veranstaltete [Deutsche Patientenkongress Depression](#) statt, in dessen Rahmen wir als SFB/TRR 393 die Möglichkeit erhielten, unsere Forschungsinhalte einer großen Zahl direkt oder indirekt von Depression betroffener Menschen an einem Kongressstand vorzustellen. Die Resonanz unter den rund 1.300 Gästen war enorm und hat unsere Erwartungen weit übertroffen: Die Kongressteilnehmenden zeigten großes Interesse an unseren Forschungsprojekten und begegneten uns mit bemerkenswerter Offenheit. Viele berichteten von den eigenen Herausforderungen, Warnsignale für kommende Episoden oder



Symptomverschlechterungen rechtzeitig zu erkennen, und hofften, dass wir mithilfe unseres Forschungsansatzes zu einer Verbesserung in diesem Bereich beitragen können.

Wir möchten allen Besucherinnen und Besuchern, die das Gespräch mit uns gesucht und ihre persönlichen Geschichten mit uns geteilt haben, ganz herzlich für Ihre Offenheit, das uns entgegengebrachte Vertrauen und das große Interesse an unserer Arbeit danken!

Ihre Fragen, Anregungen und das konstruktive Feedback haben den Austausch enorm bereichert und zeigen, wie wichtig der Dialog zwischen Forschung und Betroffenen ist.

Ausblick:

Der Erfolg unseres Infostandes bestärkt uns darin, auch künftig regelmäßig auf Fachkongressen und Patient*innen-Veranstaltungen präsent zu sein. Wir freuen uns darauf, weitere interessierte Menschen kennenzulernen, Wissen zu teilen und gemeinsam neue Wege in der Depressionsforschung zu beschreiten.

Nächster Termin:

Als nächstes sind wir auf der [DGBS-Jahrestagung vom 24. bis 26. September 2026](#) in Frankfurt am Main zu finden. Außerdem werden wir auch auf dem [DGPPN Kongress vom 25. bis 28. November 2026](#) im CityCube Berlin vertreten sein. Unser Infostand steht dort wieder bereit, um Sie über aktuelle Projekte, Möglichkeiten einer aktiven Teilnahme und aktuelle Forschungsergebnisse zu informieren.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch und ein persönliches Kennenlernen!

Forschung aktiv mitgestalten: Werden Sie Teil unseres Teams für die Erforschung affektiver Störungen!

Unser Sonderforschungsbereich SFB/TRR 393 widmet sich der **Erforschung affektiver Störungen** (Depression und Bipolare Störung). Unser wichtigstes Ziel ist es, **Verlaufsformen dieser Erkrankungen tiefgreifend zu verstehen und bestehende Behandlungsmöglichkeiten gezielt weiterzuentwickeln**. Um dieses Ziel zu erreichen, setzen wir auf einen ganzheitlichen Ansatz – und hierbei benötigen wir Ihre Perspektive.

Wissenschaft lebt vom Dialog. Deshalb möchten wir mit unserer Arbeitsgruppe zum „**Lived Experience Involvement**“ eine feste Brücke zwischen Forschenden, Betroffenen und Angehörigen schlagen. In unserem interdisziplinären Team bieten wir Ihnen den Raum für regelmäßige Treffen und einen wertschätzenden Erfahrungsaustausch auf Augenhöhe. Sie haben als „**Lived Experience Expert**“ die Möglichkeit, Ihre eigenen Erfahrungen einzubringen und die Forschung aktiv mitzugestalten.

Wen wir suchen: Wir suchen engagierte **Betroffene und Angehörige**, die Interesse daran haben, ihre jeweiligen Perspektiven mit uns zu teilen und unser Team zu bereichern. Ebenso suchen wir **Probandinnen und Probanden**, die uns dabei unterstützen, bereits bestehende Folge-Forschungsprojekte gemeinsam weiterzuentwickeln.

Hierfür ist absolut kein Vorwissen und keine vorherige Forschungserfahrung notwendig!

Ein weiterer wichtiger Hinweis zur Abgrenzung: Bitte beachten Sie, dass es sich bei unserer Arbeit um ein wissenschaftliches Projekt handelt und wir **kein therapeutisches Beratungsangebot** darstellen.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns sehr darauf, Sie kennenzulernen. Senden Sie uns dazu einfach ein kurzes Anschreiben, in dem Sie sich vorstellen und Ihre Motivation für eine Mitarbeit kurz erläutern – teilen Sie uns gerne mit, warum Sie an einer aktiven Mitarbeit in unserem Forschungsprojekt interessiert sind.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an **Herrn Philipp Ritter** Philipp.Ritter@ukdd.de oder **Frau Katharina Förster** Katharina.Foerster@uni-hamburg.de.

Wir freuen uns darauf, gemeinsam neue Wege in der Forschung zu gehen.



Interview mit **UKM-Institutsleiter**

Wie KI die Medizin verändert

Von Ralf Meistes

MÜNSTER Künstliche Intelligenz spielt in der modernen Medizin eine immer größere Rolle. Seit dem 1. April gibt es am Fachbereich Medizin der **Universität Münster** das neue Institut für Maschinelles Lernen in der Medizin mit Schwerpunkt Psychiatrie (IML). Mit dessen Leiter, Prof. Tim Hahn, haben wir über Chancen und Risiken beim Einsatz von Künstlicher Intelligenz gesprochen.

Herr Hahn, Sie sind am Fachbereich Medizin der Universität Münster für den Bereich Künstliche Intelligenz zuständig. Was ist Ihr konkreter Auftrag?

Tim Hahn: Mein Schwerpunkt ist das maschinelle Lernen – also Verfahren, die nicht klassisch programmiert werden, sondern aus Daten lernen. Wir analysieren große Datensätze, um beispielsweise Krankheitsverläufe vorherzusagen oder medizinische Bilder, etwa in der Krebsdiagnostik, auszuwerten. Außerdem arbeiten wir mit Sprachmodellen, die natürliche Sprache verarbeiten. Diese können bei der Dokumentation helfen oder Entscheidungsprozesse unterstützen.

Können Sie ein Beispiel nennen, wie sich Krankheitsverläufe mit KI vorhergesagen lassen?

Tim Hahn: Wir arbeiten in einem Sonderforschungsbereich zu Depressionen. Dabei geht es um Patientinnen und Patienten, die wiederkehrende depressive Episoden haben. Unser Ziel ist es, frühzeitig zu erkennen, ob und wann eine neue Phase eintritt.

Wie funktioniert das konkret?

Tim Hahn: Wir kombinieren verschiedene Datenquellen. Dazu gehören Bewegungsdaten, etwa über eine Smartphone-App: Wie aktiv ist jemand, wie verändert sich der Alltag? Zusätzlich geben die Patienten wöchentlich eine kurze Sprachnachricht ab, die wir analysieren. Daraus lassen sich Muster ableiten. Gemeinsam mit weiteren medizinischen Daten versuchen wir, möglichst präzise Vorhersagen zu treffen.

Und was passiert, wenn sich eine neue depressive Phase abzeichnet?

Tim Hahn: Dann laden wir die Patientinnen und Patienten gezielt ein und untersuchen sehr genau, was im Körper passiert – etwa über Blutuntersuchen oder weitere diagnostische Verfahren. So lernen wir immer besser, wie sich solche Phasen ankündigen, und können unsere Modelle weiter verbessern.

Inwieweit hilft KI bei der Auswertung von Bilddaten?

Tim Hahn: Ein Beispiel ist die Analyse von Nervenfasern. Früher musste jemand unter dem Mikroskop manuell zählen – das war aufwendig und lieferte nur begrenzte Informationen. Mit KI können wir heute nicht nur die Anzahl, sondern auch die Länge und Struktur der Fasern automatisiert bestimmen. Das liefert deutlich präzisere und umfassendere Ergebnisse.

Über Sprachmodelle wie Chat-GPT wird derzeit viel

diskutiert. Welche Rolle spielen solche Systeme in der Medizin?

Tim Hahn: Ein praktisches Beispiel: Eine Patientenakte kann schnell 100 Seiten umfassen. Wenn ich wissen möchte, wie sich die Medikation über Jahre entwickelt hat, muss ich diese Informationen mühsam zusammensuchen. Hier kann KI helfen, relevante Daten strukturiert aufzubereiten. Wichtig ist uns dabei: Unsere Systeme sollen keine unsicheren oder erfundenen Antworten liefern. Wenn Informationen nicht eindeutig sind, muss das System klar sagen: „Ich weiß es nicht.“

Herr Hahn, Sie sagen, KI hilft in der Medizin dabei, Fehler zu vermeiden. Können Sie mir dafür ein Beispiel liefern?

Tim Hahn: KI kann uns beispielsweise helfen, zu prüfen, ob Diagnostik oder Therapie im Einklang mit den allgemeinen anerkannten Leitlinien stehen. So können wir Ärzten Hinweise anzeigen, was vielleicht noch zu tun sein könnte. Auch bei der Planung der Medikation eines Patienten kann KI helfen, komplexe Wechselwirkungen immer im Auge zu behalten.

Viele KI-Systeme erkennen Muster, verstehen aber keine Zusammenhänge wie ein Mensch. Wie verhindern Sie, dass sich Ärztinnen und Ärzte zu stark auf solche Systeme verlassen?

Tim Hahn: Wir verfolgen bewusst zwei Ansätze: Forschung und Anwendung. In

der Forschung arbeiten wir an Modellen, die Zusammenhänge besser erfassen – etwa durch kausale Modelle oder digitale Zwillinge. Gleichzeitig entwickeln wir Systeme für den Klinikalltag, die von vornherein mit einem konsequenten Risikomanagement ausgestattet sind. In der Medizin gibt es dafür etablierte Strukturen, etwa bei komplexen Eingriffen. Diese Prinzipien übertragen wir auf KI-Systeme.

Wie transparent müssen KI-Systeme sein, damit sie Vertrauen schaffen? Reicht es, wenn sie gut funktionieren?

Tim Hahn: Die Forderung, dass jedes einzelne Modell vollständig erklärbar sein muss, greift zu kurz. Moderne KI besteht aus komplexen Systemen, nicht aus einem einzelnen Modell. Entscheidend ist, dass das Gesamtsystem nachvollziehbar und sicher ist. Ein Vergleich: Auch bei einer Beatmungsmaschine verstehen nicht alle Anwender jedes technische Detail. Entscheidend ist, dass das System zuverlässig funktioniert und sicher eingesetzt werden kann.

*Sie leiten seit dem 1. April das neue Institut. Welche Voraussetzungen finden Sie am **UKM** vor?*

Tim Hahn: Die medizinische Fakultät hat sich in den vergangenen Jahren im Bereich KI stark entwickelt. Seit meiner Berufung 2019 konnten wir die Strukturen deutlich ausbauen. Mit dem neuen Institut und der Einbindung in das Medical Data Science Center bündeln wir Kompetenzen – etwa mit der Medizi-

nischen Informatik und der Epidemiologie. Das erhöht unsere Sichtbarkeit und unsere Schlagkraft.

Wo sehen Sie aktuell den größten Handlungsbedarf?

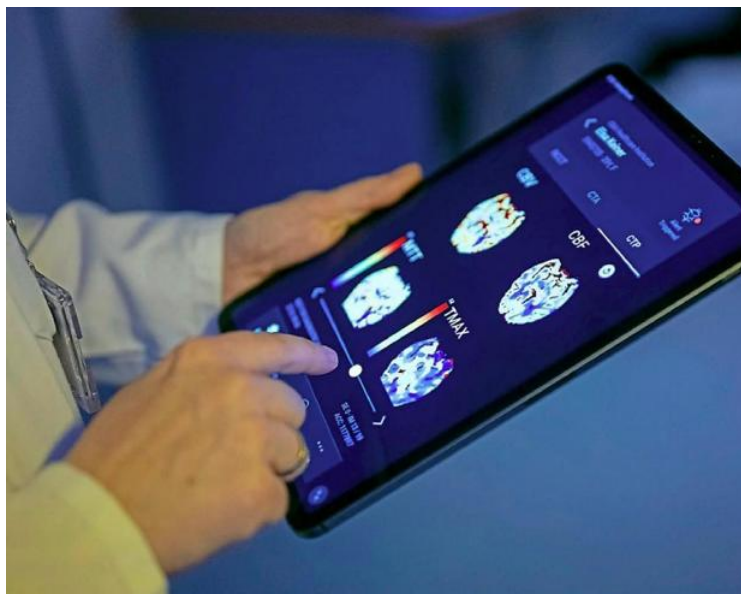
Tim Hahn: Die zentrale Herausforderung ist, unsere Forschung tatsächlich in die Versorgung zu bringen. Es gibt

am **UKM** klare Bestrebungen, KI schneller in den Klinikalltag zu integrieren. Dafür brauchen wir nicht nur technologische Lösungen, sondern auch passende Strukturen und Prozesse. Entscheidend wird sein, Innovation umzusetzen, ohne an regulatorischen Hürden zu scheitern.



Seit dem 1. April gibt es am Fachbereich Medizin der **Universität Münster** das neue Institut für Maschinelles Lernen in der Medizin mit Schwerpunkt Psychiatrie (IML), das von Tim Hahn geleitet wird.

Foto: Ralf Meistes



“Wir analysieren große Datensätze, um beispielsweise Krankheitsverläufe vorherzusagen oder medizinische Bilder, etwa in der Krebsdiagnostik, auszuwerten”, sagt Tim Hahn.

Foto: (Symbolbild) dpa/Monika Skolimowska

Eine Krankheit mit zu vielen Gesichtern

Jeder dritte Patient mit einer Depression leidet an einer übersehenen bipolaren Störung und bekommt nicht die richtige Therapie. Das schadet den Betroffenen und offenbart Missstände in der Medizin. VON MARTIN ANGLER

Als Nadja Stehlin 2010 einen Zusammenbruch erleidet, diagnostiziert ihr Arzt zunächst ein Burnout mit schwerer Depression. Er schreibt die damals 31-Jährige krank und verordnet ihr Antidepressiva. Doch die Medikamente schlagen nicht wie gewünscht an, nur die Nebenwirkungen bekommt Stehlin zu spüren. Die Diagnose spiegelt ohnehin nur einen Teil ihres Zustandes wider: «Immer, wenn ich mich gut fühlte, überforderte ich mich im Beruf und zu Hause – fiel danach aber bald wieder in eine Depression», sagt Stehlin heute.

Bereits in den Jahren zuvor hatte sie ihrem Mann gegenüber den Verdacht geäussert, es könne sich um manisch-depressive Episoden handeln. Weil auf die Phasen tiefer Niedergeschlagenheit regelmässig Phasen mit einem übersteigerten Hochgefühl folgten. Trotzdem erfährt sie erst 2015 – mit fünf Jahren Verspätung und nach zahlreichen gescheiterten Behandlungsversuchen –, dass sie an einer bipolaren Störung leidet. Zeitlich gesehen kam sie damit sogar noch gut weg: Im Mittel dauert es neun Jahre, bis bipolare Patienten die korrekte Diagnose erhalten. Davor erhält die Hälfte der Patienten zunächst eine Fehldiagnose.

Besonders häufig verwechseln Ärzte eine bipolare Störung mit einer schweren Depression, das geht aus einer Studie von Psychiatern der Universität Mailand hervor. Zwischen 20 und 40 Prozent aller Depressions-Diagnosen erweisen sich Jahre später als manisch-depressive Erkrankung.

Fatale Folgen für Jugendliche

Und das hat schwerwiegende Folgen: Patienten mit falschen Diagnosen – oft Jugendliche, der Krankheitsbeginn liegt typischerweise zwischen Pubertät und Mitte zwanzig – erhalten in der



Anderen Leiden zum Verwechseln ähnlich: die depressive Phase der Manie.

GETTY

Regel die falsche Behandlung. So können Antidepressiva durch ihre stimungsaufhellende Wirkung beispielsweise eine Manie begünstigen. Gleichzeitig gilt: Je früher die richtige Therapie beginnt, desto grösser sind die Erfolgsaussichten und desto höher auch die Überlebensrate. Denn im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung nehmen sich Patienten mit einer bipolaren Störung zwanzigmal so häufig das Leben.

Im Fall von Nadja Stehlin hätte es noch andere Hinweise gegeben: Weltenartige Gemütsschwankungen hat sie schon seit ihrer Kindheit. Sie erinnert sich auch an Verwandte mit ähnlichen Problemen. Beide Faktoren, Erbllichkeit und ein frühes Auftreten von Stimmungsschwankungen, sind anerkannte Risikofaktoren für eine bipolare Erkrankung. «Doch nach solchen Dingen hat mich kein Psychiater gefragt», sagt Stehlin.

Wie kann das sein? Mit dieser Frage hat sich der Psychiater Michael Bauer an der Universitätsklinik Dresden beschäftigt. Er leitet dort seit fast zwei Jahrzehnten die Forschergruppe «Bipolare Störungen». Bei der Suche nach einer Antwort auf diese Frage lässt sich viel darüber lernen, warum gerade diese Krankheit viel Leid verursacht. Und wie man sie rechtzeitig erkennen kann.

Ein Grund: «Die Patienten kommen nicht während einer Manie zur Visite, denn da fühlen sie sich meistens gut», sagt Bauer. «Sie kommen während der Depression, wenn sie sich richtig krank fühlen.» Den entgegengesetzten, euphorischen Zustand könne man sich in so einer Situation – bei einem tief depressiven Menschen – intuitiv nur schwer vorstellen. Deshalb vergassen viele Ärzte nachzufragen, ob der Patient bei sich noch eine andere, manische Seite erlebe, sagt Bauer. «Das beobachte ich bei meinen Assistenzärzten immer wieder.»

Und selbst wenn die Patienten dann über manische Phasen berichteten, würden manche Ärzte diese Hochphasen nicht richtig einstufen, sagt Bauer. Sie denken, es handele sich einfach um eine

«gute Zeit» im Leben des Patienten. «Das passiert besonders dann, wenn die manischen Phasen bei einem Patienten deutlich schwächer ausgeprägt sind.»

Denn was vielen nicht bekannt ist: Die Hochphasen der bipolaren Störung müssen nicht extrem verlaufen. Symptome wie exzessives Glücksspiel oder Geldverschleudern bis zum Ruin spiegeln nur ein Ende des Spektrums bipolarer Störungen wider. Schwächere, sogenannte hypomanische Phasen drücken sich oft nur durch einen hohen Tatendrang im Alltag aus. Solche Ereignisse fallen häufig weder den Ärzten noch den Patienten selbst auf.

Fühlt sich wie Verliebtsein an

Eine Hypomanie fühle sich für den Betroffenen beseelt an, ähnlich wie schweres Verliebtsein, hat der Schweizer Psychiater Jules Angst diesen Status einmal beschrieben. Bei einer bestimmten Form der Erkrankung treten solche Phasen besonders häufig auf. Diese «bipolare Störung II» wird am häufigsten fehldiagnostiziert. Wenn das Symptom «krankhaft übersteigertes Hochgefühl» nicht vorhanden ist, erkennen viele Ärzte die Krankheit nicht.

Nadja Stehlin erfuhr nur, was mit ihr los ist, weil sie selbst aktiv wurde. «Bis dato hatten mir Ärzte immer gesagt, mein Verhalten passe nicht zum klassischen Prototyp einer bipolaren Störung», sagt Stehlin. «Doch zum bipolaren Spektrum gehören nicht nur Extremfälle wie ein spontan gekaufter Porsche während einer manischen Episode.» Erst auf einer Fachtagung erfuhr sie, dass manische Symptome sehr viel subtiler sein können. Deshalb suchte sie sich Hilfe in einer Göttinger Spezialambulanz und erhielt dort ihre Diagnose.

Doch auch bei extremer ausgeprägten Formen des Leidens, der bipolaren Störung I, gibt es Spielraum für diagnostische Irrtümer. Im Extremfall können dabei sogar Psychosen auftreten mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Während solcher Episoden wer-

Im Mittel dauert es neun Jahre, bis bipolare Patienten die korrekte Diagnose erhalten.

den Patienten nicht selten stationär im Krankenhaus aufgenommen. Weil nun die Psychose das prominenteste Symptom ist, fragen viele Mediziner nicht nach früheren depressiven Schüben – und diagnostizieren prompt fälschlicherweise eine Schizophrenie, bei der Psychosen ein Leitsymptom sind.

Dabei wäre das Rezept für bessere Diagnosen denkbar einfach: Zeigt sich ein Stimmungs-Pol, entweder Depression oder Manie, muss immer auch nach dem entgegengesetzten Pol gefragt werden. Dabei sei es wichtig, auch ein Gespräch mit den Angehörigen zu führen, sagt Michael Bauer. So steht es auch in der offiziellen Behandlungsleitlinie für bipolare Störungen, die er federführend koordiniert hat. «Im Gespräch mit einem Ehepartner finden wir in der Regel schnell heraus, ob der Partner zum Beispiel frühmorgens um vier aus dem Bett springt, um die Wohnung zu putzen», sagt er.

In der Praxis findet eine Anamnese in der vorgeschriebenen Form aber häufig nicht statt. Ein Grund: Vielen Ärzten fehlt es laut Fachleuten an der Zeit, um neben Patienten auch noch die Angehörigen anzuhören. Oder sie bekommen das Umfeld des Patienten wegen schwieriger Familienkonstellationen nicht zu sehen.

Das Stigma sitzt tief

Hinweise für eine weitere Erklärung liefert eine Studie der Universität Tübingen. In einem Experiment legten zwei Psychologen 142 süddeutschen Psychiatern vier leicht unterschiedliche Fallbeschreibungen einer fiktiven, bipolaren Patientin mit klaren Hinweisen auf eine manische Episode vor. Manche dieser Vignetten enthielten Hinweise auf Halluzinationen, andere auf Schlafmangel. Dann baten die Forscher ihre Probanden um eine Diagnose.

Das Resultat war ernüchternd: 45 Prozent der Psychiater erkannten die bipolare Störung nicht als solche. In den Fällen, in denen Halluzinationen erwähnt

wurden, diagnostizierten sie besonders häufig eine Schizophrenie. Der Grund, so die Vermutung der Autoren: Bei ihrer Entscheidungsfindung hätten sich die Psychiater nicht auf die offiziellen Diagnosehandbücher verlassen, die für jede psychiatrische Diagnose einen Katalog von Symptombombinationen vorgaben.

Sie nutzten stattdessen selbst erworbene Denkkabkürzungen, sogenannte Heuristiken. Ärzte merken sich Krankheiten laut den Forschern oft anhand von Prototypen mit Mustersymptomen: Der Schizophrenie-Prototyp baut auf Halluzinationen als Leitsymptom, der für die bipolare Störung dagegen nicht – das verleitet zu Fehldiagnosen.

«Es stellt sich die Frage, ob hiesige Fachärzte überhaupt ein qualifiziertes Training zu bipolaren Störungen erhalten», sagt der Psychiater Gregor Hasler von der Universität Freiburg, der gleichzeitig Präsident der Schweizer Gesellschaft für bipolare Störungen ist. «In den USA ist es gängig, Diagnosen operationalisiert zu stellen, also nach international festgelegten Kriterien.» In Europa sei das dagegen nicht geläufig, hier würden Diagnosen häufig intuitiv gestellt. Das ginge zwar in vielen Fällen gut, so Hasler, aber bei der bipolaren Störung sei dieses Vorgehen nicht ideal.

Die Ursachen für die Fehldiagnosen sind laut dem Psychiater aber nicht nur bei den Ärzten zu suchen. Viele Patienten fühlen sich mit ihrer Krankheit gesellschaftlich nicht akzeptiert. Die Folge dieses Stigmas: Sie versuchen, ihre Symptome aus Angst vor den Folgen lange geheim zu halten. «Erst wenn es sich bei der Arbeit gar nicht mehr verstecken lässt, suchen sie einen Arzt auf», sagt Gregor Hasler.

Nadja Stehlin, die heute stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen ist, sagt, das Stigma sitze so tief, dass es vielen Patienten schwerfalle, ihre Diagnose anzunehmen. «Ich kann mir diese Rolle, meine Offenheit und das Gespräch mit der NZZ nur deshalb leisten, weil ich nicht mehr erwerbstätig bin.»

Neue Mitarbeiter



- **Hannah Klute, PhD** (Psychologin, Translationale Psychiatrie)
Projektzugehörigkeit: A04, Münster
Forschungsschwerpunkte: Neurobildgebung, psychische Erkrankungen

Ehrungen, Preise von Mitarbeitern

(seit März 2026)

- **Dr. Nooshin Javaheripour** (A02, Marburg) 1 von insgesamt 7 DISCOURSE Early Career Researcher Awards 2026 im März in Pavia, Italien
- **Lisa Leehr** (B01, Münster): Freiraum Forschung Förderung (<https://www.uni-muenster.de/Gleichstellung/Freiraumfuerforschung.html>)
- **Lisa Leehr** (B01, Münster): Zweiten Platz des Nachwuchsbetreuer:innenpreis 2026 im Rahmen des 5. Deutschen Psychotherapie Kongresses
- **Susanne Meinert** (A04, Münster): Nachwuchspreis 2026 der DGBP und Stiftung Nervenheilkunde (2.500 €) in Berlin
- **Marta Méndez** (B02, Münster): Stipendium der Ursula von Euch Stiftung (<https://www.uni-muenster.de/Gleichstellung/aktuelles/archiv/2026/ursulavoneuchstiftung.html>)
- **Svenja Seuffert** (A02, Marburg) DISCOURSE Reisestipendium im März in Pavia, Italien
- **Theresa Slump** (B01, Münster): Stipendium der Ursula von Euch Stiftung (<https://www.uni-muenster.de/Gleichstellung/aktuelles/archiv/2026/ursulavoneuchstiftung.html>)
- Insgesamt fünf Reisestipendien für Forschende früher Karrierephasen des SFB/TRR 393 im Rahmen des gemeinsamen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP) und der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) im Mai in Berlin

Öffentlichkeitsarbeit

(seit März 2026)

- Steering Committee Mitglied bei SNEPP, erste beiden Meetings haben stattgefunden: <https://snepp.de/>
- JICE Symposium: <https://www.uni-muenster.de/JICE/veranstaltungen/symposium/symposium26.html>
- Interview mit Tim Hahn unter dem Titel „Wie KI die Medizin verändert“ (veröffentlicht in „Westfälische Nachrichten“ und Münstersche Zeitung am 02.05.2026)
- **Kai Jüngling** (B02, Münster): On May 6, we ran our Hallo Neuron/Hola Neurona! neuroscience workshop for kids in Münster — and their curiosity absolutely made the day. Two workshops in German and Spanish took place, where the little scientists discovered the wonders of the brain, from observing mutations in Fruit flies to measuring their own brain electrical activity with an EEG. Many thanks to our volunteers, CERFA, the association of Spanish scientists in Germany, Epilepsieforschung Förderverein, and the kids for their energy and willingness to learn.
 - <https://www.instagram.com/p/DYUVmkdjAMs/>
 - <https://x.com/SociedadCerfa/status/2054887248332562921>

Kongress-Kalender

- Society for Ambulatory Assessment (SAA) Conference 03.08. - 05.08.2026, Wien, Österreich <https://univie.eventsair.com/saa2026/>
- 18th World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 27.08.-30.08.2026, Jaipur, Indien <https://wfsbp.org/congress/>
- 25. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) 24.09.-26.09.2026, Frankfurt am Main https://dgbs.de/fileadmin/cust/jahrestagung/2026/DGBS-JT25-SaveTheDate_dinA5_02web.pdf
- International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Annual Conference, 28.09.-30.09.2026, Vancouver, Kanada <https://www.isbd.org/2026AnnualConference>
- 38th Congress European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) 10.10. - 13.10.2026, München <https://www.ecnp.eu/congress2026/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 25.11. – 28.11.2026, Berlin <https://www.dgppnkongress.de/>

Themenheft zum SFB/TRR 393 in "Der Nervenarzt"

Im März ist das Themenheft zur Forschung des SFB/TRR 393 in "Der Nervenarzt" erschienen.



[Foto: SpringerMedizin]

Link: <https://www.uni-marburg.de/de/trr-393/aktuelles/aktuelles/der-nervenarzt>

Liste neuer Publikationen

(seit März 2026)

***Published with Open Access*

- Abboud, Fatme; Ahrens, Jessica; Ballès, Estèe; Bambini, Valentina; Deakin, Bill; Harrison, Neil A. et al. (2026): The functional relevance of a short assessment of formal thought disorder in psychosis. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, S. 1–9. DOI: 10.1192/bjp.2026.10650.**
- Boller, Anna-Lena; Freff, Jana; Bast, Maximilian; Schwarte, Kathrin; Dannlowski, Udo; Baune, Bernhard T. et al. (2026): Distinct cytokine-producing dendritic cell profiles in females and males with major depressive disorder. In: *Frontiers in cellular neuroscience* 20, S. 1753241. DOI: 10.3389/fncel.2026.1753241.
- Bouzouina, Aicha; Gruber, Marius; Zhao, Tong; Schiweck, Carmen; Aichholzer, Mareike; Uckermark, Carmen et al. (2026): Weight matters: Higher BMI is associated with changes in the brain connectome in health and depression. In: *Neuroscience applied* 5, S. 106984. DOI: 10.1016/j.nsa.2026.106984.**
- Caragea, Violeta-Maria; Jüngling, Kay; Méndez-Couz, Marta (2026): Neuropeptide S modulation of learning and memory: a systematic review. In: *Behavioral and brain functions : BBF* 22 (1). DOI: 10.1186/s12993-026-00336-y.**
- Cheng, Annie; Lichenstein, Sarah; Chaarani, Bader; Liang, Qinghao; Babaeianjelodar, Marzieh; Riley, Steven J. et al. (2026): Impulsivity and neuroticism share distinct functional connectivity signatures with alcohol-use risk in youth. In: *Molecular psychiatry* 31 (2), S. 953–962. DOI: 10.1038/s41380-025-03196-6.**
- Emden, Daniel; Richter, Maike; Chevance, Astrid; Leenings, Ramona; Herpertz, Julian; Gutfleisch, Lara et al. (2026): Scalable depression monitoring with smartphone speech using a multimodal benchmark and topic analysis. In: *NPI digital medicine* 9 (1). DOI: 10.1038/s41746-026-02486-9.**
- Fortea, Lydia; Rivas-Fernández, Miguel Ángel; Solanes, Aleix; King, Sinead; Nabulsi, Leila; Alda, Martin et al. (2026): Cortical morphometry might predict currently prescribed vs. discontinued medications in bipolar disorder, even after controlling for the cumulative dose effects: An ENIGMA mega-analysis. In: *Mol Psychiatry*. DOI: 10.1038/s41380-026-03536-0.
- Fraiha-Pegado, Julia; McWhinney, Sean R.; Alda, Martin; Alexander, Nina; Anmella, Gerard; Abé, Christoph et al. (2026): The Link Between Weight Gain and Hippocampal Atrophy in Bipolar Disorder: A Longitudinal Investigation in 934 Participants. In: *Biological psychiatry*. DOI: 10.1016/j.biopsych.2026.01.020.**
- Gruber, Marius; Schulte, Jan; Mauritz, Marco; Ahrens, Kira F.; Rehm, Paula; Werthern, Nina M. von et al. (2026): Network-based analysis of differential white matter connectivity in major depressive disorder with and without comorbid anxiety. In: *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 51 (5), S. 916–925. DOI: 10.1038/s41386-025-02312-y.
- Herpertz, Julian; Leenings, Ramona; Claaß, Luise Victoria; Fasshauer, Jonathan Mathias; Ratzsch, Janette; Emden, Daniel et al. (2026): Symptom trajectories and their predictive factors in psychiatric inpatients with depression. In: *Journal of affective disorders* 394 (Pt B), S. 120661. DOI: 10.1016/j.jad.2025.120661.
- Holas, Pawel; Wardęszkiewicz, Jan; Grochowska, Malgorzata; Hofmann, Stefan G. (2026): Efficacy and mechanisms of internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for Adjustment Disorder: A randomized controlled trial. In: *Journal of anxiety disorders* 121, S. 103173. DOI: 10.1016/j.janxdis.2026.103173.

- Hutterer, Katharina; Pauli, Paul; Dannlowski, Udo; Deckert, Jürgen; Domschke, Katharina; Lonsdorf, Tina B. et al. (2026): Discrimination training to reduce generalized conditioned defensive responses in healthy individuals with high levels of anxiety. In: *Behaviour research and therapy* 203, S. 105096. DOI: 10.1016/j.brat.2026.105096.
- Im Brahm, Caroline; Heinig, Ingmar; Goerigk, Stephan; Arolt, Volker; Bartnick, Christina; Dannlowski, Udo et al. (2026): Utilization of different types of safety behavior during exposure-based CBT for anxiety disorders and its correlates. In: *Cognitive Behaviour Therapy*, S. 1–19. DOI: 10.1080/16506073.2026.2649627.
- King, Sinead; Zhang, Zuo; Robinson, Lauren; Whelan, Robert; Nees, Frauke; Bobou, Marina et al. (2026): Characterising a stress-sensitive default mode network (DMN) deficit in major psychiatric disorders. In: *Communications biology* 9 (1). DOI: 10.1038/s42003-025-09400-1.**
- Kircher, Tilo; Bauer, Michael (2026): Fortschritte in der Forschung zu affektiven Störungen durch dynamische Verlaufsanalysen – der Sonderforschungsbereich SFB/TRR 393. In: *Der Nervenarzt* 97 (2), S. 115–117. DOI: 10.1007/s00115-025-01928-1.**
- Kirschner, Matthias; Hodzic-Santor, Benazir; Kennedy, Leda; Hansen, Justine Y.; Antoniadou, Mathilde; Nenadić, Igor et al. (2026): Multiscale characterization of cortical signatures in positive and negative schizotypy: a worldwide ENIGMA study. In: *Molecular psychiatry*. DOI: 10.1038/s41380-026-03547-x.**
- Konowski, Maximilian; Ernsting, Jan; Winter, Nils R.; Richter, Maike; Fisch, Lukas; Spanagel, Jennifer et al. (2026): Distribution Bias in Brain Age Research: Toward Age-Specific Interpretation of Brain Age Gaps. In: *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*. DOI: 10.1016/j.bpsc.2026.03.005.**
- Lencer, Rebekka; Sprenger, Andreas; Meyhöfer, Inga; Dannlowski, Udo; Romer, Georg; Kambeitz-Ilankovic, Lana et al. (2026): Brain texture alterations predict subtle visual perceptual dysfunctions in recent onset psychosis and clinical high-risk state. In: *Translational psychiatry* 16 (1). DOI: 10.1038/s41398-026-03840-x.**
- McConnell, Thomas G. W.; Leehr, Elisabeth J.; Garner, Matthew; Talmi, Deborah; Holmes, Emily A. (2026): Exploring how to improve experimenter training in experimental psychopathology: Lessons from and for the trauma film paradigm. In: *Clinical psychology review* 128, S. 102765. DOI: 10.1016/j.cpr.2026.102765.
- Nabulsi, Leila; Kang, Melody J. Y.; Jahanshad, Neda; McPhilemy, Genevieve; Martyn, Fiona M.; Haarman, Bartholomeus et al. (2026): Structural Brain Network Alterations in Relation to Treatment and Illness Severity in Bipolar Disorder. In: *Biological psychiatry*. DOI: 10.1016/j.biopsych.2026.04.020.
- Navarro-Flores, Alba; Heilbronner, Maria; Rafiee, Hajar; Wendel, Bernadette; Papiol, Sergi; Adorjan, Kristina et al. (2026): Polygenic scores for executive functioning as predictors of performance improvements after repeated testing in major psychiatric disorders. In: *Scientific reports* 16 (1). DOI: 10.1038/s41598-026-41345-1.**
- Noda, Shota; Okawa, Sho; Nishiuchi, Motohiro; Kobayashi, Maaya; Weeks, Justin W.; Hofmann, Stefan G. (2026): Examining the psychometric properties and network structures of the bivalent fear of evaluation model of social anxiety disorder in a Japanese population. In: *Journal of anxiety disorders* 118, S. 103128. DOI: 10.1016/j.janxdis.2026.103128.**
- Oraki Kohshour, Mojtaba; Budde, Monika; Solomon, Pierre; Adorjan, Kristina; Heilbronner, Maria; Navarro-Flores, Alba et al. (2026): Investigating the association of a selected inflammatory protein panel with suicide attempts in the PsyCourse Study: A pilot study. In: *Psychoneuroendocrinology* 188, S. 107862. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2026.107862.**
- Pérez-Ramos, Anaid; Budde, Monika; Adorjan, Kristina; Amoretti, Silvia; Angheliescu, Ion-George; Arolt, Volker et al. (2026): Seasonal longitudinal effects of winter birth on psychopathology, cognition, and

functioning in schizophrenia-spectrum and affective disorders: Findings from the PsyCourse Study. In: *Journal of affective disorders* 408, S. 121848. DOI: 10.1016/j.jad.2026.121848.**

- Petersen, Thore; Martini, Julia; Bauer, Michael; Bechdolf, Andreas; BERPohl, Felix; Berndt, Christina et al. (2026): Contribution of depressive symptom load on prediction of transition to bipolar disorders: Results from the prospective-longitudinal multi-method Early-BipoLife study. In: *Journal of affective disorders* 403, S. 121419. DOI: 10.1016/j.jad.2026.121419.**
- Raabe FJ, Popovic D, Vetter C, Fischer LE, Hasanaj G, Karsli B, Schäfer TJ, Almeida V, Atella A, Gagliardi M, Boudriot E, Yakimov V, Trastulla L, Jiang T, Weyer C, Roell L, Moussiopoulou J, Krcmár L, Galinski S, Papazova I, Pogarell O, Hasan A, Schulte EC, Schmitt A, Koutsouleris N, Levina A, Wagner E, Rossner MJ, Papiol S, Falkai P, Keeser D, Ziller MJ; CDP Working Group. Bridging the Scales via Personalized Cellular Modeling and Deep Phenotyping in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2026 May 1;83(5):510-522. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2026.0576. PMID: 41902754; PMCID: PMC13033174. [Quelle: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41902754/>]
Siehe auch: <https://www.medizin.uni-muenster.de/fakultaet/news/pionierarbeit-der-schizophrenie-forschung-studie-der-uni-muenster-zeigt-zusammenhang-mit-nervenzellen.html>
- Rau, Moritz; Claaß, Luise Victoria; Steinmann, Lavinia; Herpertz, Julian; Richter, Maike; Leenings, Ramona et al. (2026): Diagnosis-independent contribution of low-grade inflammation to cortical atrophy across psychiatric disorders. In: *Brain, behavior, and immunity* 137, S. 106792. DOI: 10.1016/j.bbi.2026.106792.
- Refisch, Alexander; Gutfleisch, Lara; Emden, Daniel; Holstein, Vincent; Gruber, Marius; Goltermann, Janik et al. (2026): Association of Daily Step Count With Depressive Symptoms in Patients With Major Depressive Disorder Using a Smartphone App (ReMAP): Longitudinal Study. In: *JMIR mental health* 13, e81120. DOI: 10.2196/81120.**
- Repple, Jonathan; Chevance, Astrid; Fried, Eiko; Elsaesser, Moritz; Hahn, Tim; Ruhe, Henricus G. et al. (2026): Key challenges in advancing research on depression phenotyping. In: *Nat. Mental Health* 4 (6), S. 898–911. DOI: 10.1038/s44220-026-00629-1.
- Roesmann, Kati; Junghöfer, Markus; Kleinhölting, Pia; Straube, Thomas; Wessing, Ida (2026): Fear Generalization in Adolescent Anxiety Disorders: A MEG Study. In: *Depression and anxiety* 2026, S. 2699511. DOI: 10.1155/da/2699511.**
- Rychlik, Nicole; Jüngling, Kay; Meuth, Sven G.; Budde, Thomas; Méndez-Couz, Marta (2026): Channel Dysfunction as the Basis for Comorbidities in Multiple Sclerosis and Depression. In: *Archiv der Pharmazie* 359 (6), e70273. DOI: 10.1002/ardp.70273.
- Schrammen, Elisabeth; Jamieson, Alec J.; Meinert, Hannah; Böhnlein, Joscha; Slump, Theresa M.; Vogler, Roman A. et al. (2026): Altered prefrontal effective connectivity during emotion regulation in social anxiety disorder. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 228 (6), S. 521–529. DOI: 10.1192/bjp.2026.10628.**
- Serra-Navarro, Maria; Heilbronner, Maria; Solé, Brisa; Borràs, Roger; Martinez-Arán, Anabel; Adorjan, Kristina et al. (2026): Influence of Sex and Diagnosis on Clinical Variables and Neurocognitive Performance in Severe Mental Illness. Results From the PsyCourse Study. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 153 (5), S. 449–467. DOI: 10.1111/acps.70026.
- Stein, Frederike; Lepper, Jannik; Mülfarth, Rieke Roxanne; Schepers, Delia; Seuffert, Svenja; Teutenberg, Lea et al. (2026): Formal thought disorder in unipolar depression: Prevalence and functional brain correlates from a multimodal MRI study. In: *Journal of affective disorders* 407, S. 121779. DOI: 10.1016/j.jad.2026.121779.**
- Stocker, Julia Elina; Zeidman, Peter; Thome, Ina; Rusch, Kristin Marie; Sommer, Jens; Steinsträter, Olaf; Jansen, Andreas (2026): Causal mechanisms of individual differences in hemispheric lateralization of

the face perception network: A DCM-PEB approach. In: *Imaging neuroscience (Cambridge, Mass.)* 4. DOI: 10.1162/IMAG.a.1219.**

- Straube, Benjamin; Kirchner, Lukas; Haccou, Gina L.; Ridderbusch, Isabelle C.; Heinig, Ingmar; Richter, Jan et al. (2026): From Expectation to Learning: A Mediation Model of Exposure Therapy Outcome in Anxiety Disorders. In: *Psychotherapy and psychosomatics*, S. 1–16. DOI: 10.1159/000551966.**
- Tesfaye, Markos; Stavrum, Anne-Kristin; Höffler, Kira D.; O'Connell, Kevin S.; David, Friederike S.; Garrett, Melanie E. et al. (2026): DNA methylation signatures associated with bipolar disorder in peripheral blood improve prediction models. In: *EBioMedicine* 128, S. 106284. DOI: 10.1016/j.ebiom.2026.106284.**
- Tozzi, Leonardo; Dauvermann, Maria R.; Corley, Emma; Fernandes, Andrea; Kang, Melody J. Y.; Im, Yanghee et al. (2026): Brain Morphology Mediators of the Association of Childhood Trauma With Bipolar Disorder. In: *JAMA Psychiatry*. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2026.1183.
- Usemann, Paula L.; David, Friederike S.; Sagcob, Luca; Hammes, Vincent B.; Stein, Frederike; Thomas-Odenthal, Florian et al. (2026): Associations between CRP-related DNA methylation, stress exposure, and depression severity in a longitudinal clinical cohort. In: *Brain, behavior, and immunity* 137, S. 106807. DOI: 10.1016/j.bbi.2026.106807.**
- Usemann, Paula Lea; David, Friederike S.; Brosch, Katharina; Stein, Frederike; Wroblewski, Adrian; Thomas-Odenthal, Florian et al. (2026): Genetic predisposition to inflammation and psychopathology: A transdiagnostic network analysis. In: *Journal of affective disorders* 403, S. 121424. DOI: 10.1016/j.jad.2026.121424.**
- van Rheenen, Tamsyn E.; Ringin, Elysha; Meyer, Denny; Allott, Kelly; Wenzel, Julian; Upthegrove, Rachel et al. (2026): Evidence of phenotypes indexing cognitive resilience and vulnerability in the early course of mood and psychosis spectrum illness; mapping the latent structure, characteristics, and longitudinal stability of cognitive heterogeneity. In: *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 107, S. 112800. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2026.112800.
- Wan, Bin; Larivière, Sara; Moreau, Clara A.; Warriar, Varun; Bethlehem, Richard A. I.; Fan, Yun-Shuang et al. (2026): Individualized cortical gradient and network topology reveal symptom-linked disruptions and neurobiological subtypes in schizophrenia. In: *medRxiv : the preprint server for health sciences*. DOI: 10.64898/2026.04.25.26351736.**
- Wang, Haley R.; Liu, Zhen-Qi; Pozzi, Elena; Hussain, Ahmed; Sigar, Priyanka; Abdallah, Chadi et al. (2026): Childhood Maltreatment and Deviations From Normative Brain Structure: A Mega-Analysis of 3711 Individuals From the ENIGMA Major Depressive Disorder and ENIGMA Posttraumatic Stress Disorder Working Groups. In: *Biological psychiatry*. DOI: 10.1016/j.biopsych.2026.02.016.**
- Westhoff, Marlon; Berg, Max; Stein, Frederike; Rief, Winfried; Tan, Rui; Thomas-Odenthal, Florian et al. (2026): The relationship between psychopathology and neurocognitive functioning in affective and psychotic disorders: A multimodal Bayesian network analysis. In: *Journal of affective disorders* 407, S. 121810. DOI: 10.1016/j.jad.2026.121810.**
- Weyer, Clara; Sarisik, Elif; Perdomo, Santiago Tovar; Vetter, Clara; Dwyer, Dominic B.; Antonucci, Linda A. et al. (2026): Neurobiological Signatures of Trauma, Personality, and Depressivity: A Transdiagnostic Machine Learning Study in Adolescents and Young Adults. In: *Biological psychiatry*. DOI: 10.1016/j.biopsych.2026.03.994.**