

**Informationen für Behandelnde**

# **BIPOLARE STÖRUNGEN**

**Zusammengestellt von einem trialogischen Expertenteam**

Dr. Thomas Aubel · Nadja Stehlin · Barbara Wagenblast

## DGBS- RATGEBER für alle Behandelnden ohne psychiatrische Fachausbildung | Stand 2024

### AUTOREN

**Dr. Thomas Aubel** | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken Essen-Mitte  
**Nadja Stehlin** | Peine  
**Barbara Wagenblast** | Rielasingen

### HERAUSGEBER Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

🏠 **Adresse** DGBS · Klinik für Psychiatrie | Heinrich-Hoffmann-Str. 10 · 60528 Frankfurt/M  
☎ **Telefon** 069 630 184 398  
✉ **E-Mail** info@dgbs.de  
🌐 **Internet** www.dgbs.de

Vereinsregister: Amtsgericht Frankfurt am Main; Vereinsregister Nr. 17213

**HINWEIS** *Medizin als Wissenschaft ist ständig im Fluss. Für Angaben bzgl. Medikamenteneinsatz, Zulassung bzw. Zulassungsbeschränkung, Dosierungsempfehlungen und Applikationsformen können von den Autor\*innen und den Herausgebenden keine Haftung übernommen werden. Lesende sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Medikamentenbeipackzettel und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten/einer Spezialistin festzustellen, ob die dort angegebenen Empfehlungen von denen in diesem Werk abweichen.*

*Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und benutzt werden dürfen.*

*Eine Gefährdungshaftung für in Deutschland nicht zugelassene Importpräparate durch Herstellende und Importierende wird nicht übernommen.*

### © 2024: Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) und die Autoren und Autorinnen

Diese Broschüre ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der DGBS e.V. nicht zulässig.

Layout & Satz: www.selina-peterson.de

Wir danken der Techniker Krankenkasse  
für ihre Unterstützung bei der Herausgabe  
dieses Ratgebers.



# INHALT

---

<b>VORWORT .....</b>	<b>5</b>
<b>BIPOLARE STÖRUNGEN (MANISCH-DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN) .....</b>	<b>6</b>
Die Krankheit der extremen Emotionen .....	6
Unsere Welt wäre ärmer ohne das Werk dieser Menschen .....	7
<b>WAS SIND BIPOLARE STÖRUNGEN? .....</b>	<b>8</b>
Die Krankheit hat verschiedene Gesichter .....	8
Typische Symptome .....	9
Einteilung der Bipolaren Störungen .....	9
<b>WELCHE DIMENSIONEN HABEN BIPOLARE STÖRUNGEN? .....</b>	<b>10</b>
Ein unterschätztes Leiden .....	10
Hohe Mortalität .....	10
Hohe Komorbiditätsrate mit anderen psychiatrischen Erkrankungen.....	11
Die Angehörigen leiden in gleichem Maße .....	11
Negative Folgen im Berufsleben .....	11
Betroffene und Angehörige fühlen sich oft stigmatisiert .....	12
Kinder von Eltern mit Bipolarer Störung leiden besonders .....	12
Unzureichender Informationsstand .....	12
<b>WARUM WERDEN BIPOLARE STÖRUNGEN HEUTE NOCH UNTERDIAGNOSTIZIERT? .....</b>	<b>13</b>
Gefahr von Fehldiagnosen .....	14
<b>WAS TUN BEI VERDACHT AUF EINE BIPOLARE STÖRUNG? .....</b>	<b>14</b>

---

<b>WIE WERDEN BIPOLARE STÖRUNGEN BEHANDELT? .....</b>	<b>16</b>
Therapie Bipolarer Störungen .....	16
Akuttherapie .....	16
Rückfallprophylaxe .....	16
Pharmakotherapie der Manie .....	17
Pharmakotherapie der bipolaren Depression .....	18
Pharmakotherapie manisch-depressiver Mischzustände .....	19
Medikamentöse Phasenprophylaxe .....	19
Bipolare Störung und Schwangerschaft/Stillzeit .....	20
Psychotherapeutische Verfahren .....	20
Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren .....	21
Neue Versorgungsmodelle .....	21
<b>HINWEISE FÜR IHR PATIENT*INNENGESPRÄCH .....</b>	<b>22</b>
Einbeziehung von Angehörigen/Vertrauenspersonen .....	23
Antrag auf Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente, Schwerbehinderung oder Pflegegrad.....	24
<b>STIMMUNGSKALENDER .....</b>	<b>24</b>
<b>WELCHE ZIELE VERFOLGT DIE DGBS? .....</b>	<b>25</b>
Fortschritt durch Dialog .....	25
Fortbildung.....	25
Ausbau der Selbsthilfeinitiativen .....	25
Förderung der Forschung.....	25
<b>DGBS-FRAGEBOGEN ZU BIPOLAREN STÖRUNGEN .....</b>	<b>26</b>
<b>LITERATURHINWEIS ZU BIPOLAREN STÖRUNGEN .....</b>	<b>27</b>

# VORWORT

---

Die Bipolare Affektive Störung (früher als manisch-depressive Erkrankung und in diesem Ratgeber kurz als Bipolare Störungen bezeichnet), verläuft in Episoden (Phasen) und kann zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität, insbesondere auch der psychosozialen Entwicklung, führen, so dass die Früherkennung und ein frühzeitiger Behandlungsbeginn ausgesprochen wichtig sind. Oft beginnt die Erkrankung im jungen Erwachsenenalter, also in einer Phase, in der noch wichtige Schritte für die weitere Lebensplanung gemacht werden. Nicht nur die Betroffenen sind von dieser Erkrankung erheblich beeinträchtigt, sondern das gesamte soziale Umfeld. Wichtig ist es, erste Anzeichen einer Erkrankungsphase wahrzunehmen, um entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Die wichtigsten Behandlungsstrategien sind sowohl medikamentöser als auch psychotherapeutischer Art. Je besser die Betroffenen und ihnen nahestehende Personen über den Verlauf der Erkrankung informiert sind, desto besser gelingt ein adäquater Umgang mit ihr.

Neben der Behandlung mit Medikamenten in der akuten Erkrankungsphase werden Medikamente auch prophylaktisch gegeben, um erneute Erkrankungsphasen zu verhindern. Dies bedeutet aber auch, dass Betroffene und Angehörige in hohem Maße zur Zusammenarbeit mit den Behandelnden bereit sein müssen.

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) wurde 1999 als gemeinnütziger Verein ins Leben gerufen mit der Aufgabe, einen Erfahrungsaustausch zwischen Professionellen, Betroffenen, Angehörigen sowie allen am Gesundheitswesen Beteiligten zu ermöglichen. Ziel der DGBS ist es u.a., die Bedürfnisse von Menschen mit Bipolaren Störungen in der Öffentlichkeit und in der Politik zur Geltung zu bringen sowie die Selbsthilfe, Fortbildung und Forschung zu unterstützen.

Mit diesem Ratgeber wollen wir dazu beitragen, dass Behandelnde aller Fachrichtungen, die von Menschen mit Bipolaren Störungen aufgrund von körperlichen Symptomen aufgesucht werden, einen besseren Blick für die Symptome speziell der Bipolaren Störungen bekommen und somit möglichst frühzeitig angemessene Maßnahmen einleiten können.

Die DGBS freut sich über Ihre Erfahrungen, Anregungen und Kritik.

# BIPOLARE STÖRUNGEN (MANISCH-DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN)

## Die Krankheit der extremen Emotionen

### FAKTEN

- ▶ Etwa 3 % der Bevölkerung sind betroffen.
- ▶ Es gibt unterschiedliche Verlaufsformen:
  - Bipolar I
  - Bipolar II
  - (Ultra) Rapid Cycling
  - Mischzustände

Die Krankheit hat dabei individuell sehr verschiedene Ausprägungen.

- ▶ Jede/r kann daran erkranken.
- ▶ Jede/r vierte Betroffene unternimmt mindestens einen Suizidversuch; ca. 15 % versterben durch Suizid.
- ▶ In Bezug auf die Übersterblichkeit gehen vier Millionen auf psychische Erkrankungen zurück – davon 1,43 Millionen auf Bipolare Störungen. (WHO Report 2024)
- ▶ Bipolare Störungen gehören auch heute noch zu den zehn häufigsten Erkrankungen, die zu andauernder Beeinträchtigung führen (WHO Report 2002)
- ▶ In therapeutischen Fachkreisen wird die Erkrankung oftmals in ihrer Häufigkeit und Schwere unterschätzt und es fehlt an einem breiten Wissen über die Diagnosestellung sowie moderne Therapiemöglichkeiten.
- ▶ Acht bis zehn Jahre dauert es im Schnitt, bis die richtige Diagnose gestellt wird und die adäquate Therapie beginnen kann.
- ▶ Scham und Mitleid prägen vielfach den Alltag von Menschen mit Bipolaren Störungen.
- ▶ Betroffene und Angehörige fühlen sich oft stigmatisiert.
- ▶ In der breiten Öffentlichkeit sind Bipolare Störungen noch wenig bekannt.
- ▶ Bipolare Störungen sind heutzutage gut behandelbar.

## Unsere Welt wäre ärmer ohne das Werk dieser Menschen

Virginia Woolf, Vincent van Gogh oder Georg Friedrich Händel:

Mit Manien und der Bipolaren Störung sind oft Kreativität und hohe Schaffenskraft verbunden.

Viele Kreative, Schriftsteller\*innen, Musiker\*innen und Künstler\*innen litten und leiden an dieser Störung.

(Weitere Menschen, die offen über ihre Bipolare Störung sprechen oder schreiben:

Mel Gibson, Catherine Zeta-Jones, Carrie Fisher, Demi Lovato, Vivien Leigh, Jean-Claude Van Damme, Linda Hamilton, Abraham Lincoln, Mike Tyson, Ernest Hemingway.)



*Ernest Hemingway: Wikimedia Commons by the National Archives and Records Administration*

*Linda Hamilton: photo by Gage Skidmore, CC BY-SA 3.0 , via Wikimedia Commons*

*Vincent van Gogh: Public domain, via Wikimedia Commons*

*Demi Lovato: Frank Schwichtenberg, CC BY-SA 4.0 , via Wikimedia Commons*

# WAS SIND BIPOLARE STÖRUNGEN?

## Die Krankheit hat verschiedene Gesichter

Bipolare Störungen sind eine so genannte „affektive“ Erkrankung. Sie beziehen sich auf krankhafte Veränderungen des Gefühlslebens und der Stimmung, mit Auswirkungen auf das Verhalten (die Motivation, die Initiative, die motorische Aktivität) und das Denken.

Menschen mit einer Bipolaren Störung leben mit extremen Emotionen. Im Spannungsfeld zwischen Manie und Depression ist ein geregeltes Leben teilweise schwierig.

Die Erkrankung ist durch einen, manchmal schwer zu erkennenden, phasischen Wechsel manischer und depressiver Zustandsbilder gekennzeichnet, die durch ein mehr oder weniger langes, z.T. symptomfreies, Intervall voneinander getrennt sind. Rasche Symptomwechsel (Rapid Cycling oder auch Ultra Rapid Cycling) sowie Mischzustände in akuten Episoden können eine Diagnose erschweren.

Bipolare Störungen werden von der Rezidivierenden Depressiven Störung abgegrenzt, bei der lediglich depressive Krankheitsphasen auftreten.

Insbesondere bei Vorliegen von depressiven Symptomen sollte man im Hinterkopf behalten, dass eine Bipolare Störung vorliegen könnte. Durch entsprechende Screening-Fragen lassen sich die Risikofaktoren besser erkennen.

Risikofaktoren für (Hypo-)Manie:

- Bipolare Störungen in der Familie (blutsverwandt)
- Schwere Depression im Kindes- und Jugendalter
- Rascher Beginn/rasche Rückbildung einer Depression
- Hypomanische Symptome im Rahmen einer Depression





## Typische Symptome

### einer (Hypo\*-) Manie

- ↗ Gehobene oder gereizte Stimmung
- ↗ Vermindertes Schlafbedürfnis
- ↗ Rededrang und Gedankenrasen
- ↗ Gesteigerter Antrieb, Aktivität und Ruhelosigkeit
- ↗ Selbstüberschätzung
- ↗ Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit
- ↗ Verlust sozialer Hemmungen, Taktlosigkeit
- ↗ Gesteigertes Selbstwertgefühl (bis hin zu Allmachtsgefühlen)
- ↗ Gesteigerte Libido
- ↗ Unkontrollierter Konsum von Alkohol und anderen Drogen
- ↗ Unkontrollierte Geldausgaben
- ↗ Psychotische Symptome

*\* Bei einer Hypomanie sind die Symptome in der Regel weniger ausgeprägt*

### einer Depression

- ↘ Schwermut, gedrückte Stimmung
- ↘ Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
- ↘ Gehemmte Emotionen
- ↘ Gefühl der Gefühllosigkeit
- ↘ Ängste, Pessimismus
- ↘ Schuldgefühle
- ↘ Verlust des Selbstvertrauens
- ↘ Grübeln, Entscheidungsschwierigkeiten
- ↘ Freude- und Interesselosigkeit
- ↘ Vermindertenes Denk- u. Konzentrationsvermögen
- ↘ Mutlosigkeit, Lebensüberdruß
- ↘ Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen
- ↘ Vielfältige Körperbeschwerden, die Anlass für somatische Abklärung bieten können (bei bis zu 70 % der Betroffenen)
- ↘ Suizidalität
- ↘ Psychotische Symptome

## Einteilung der Bipolaren Störungen

**Bipolar-I-Störung:** Schwer ausgeprägte Manien und Depressionen treten auf.

**Sonderform Gemischte Episoden:** Symptome beider Phasen treten gleichzeitig auf.

**Bipolar-II-Störung:** oft sehr lang andauernde Depressionen erfolgen im Wechsel mit hypomanen (leichteren manischen) Phasen.

**Zyklothyme Störung:** Stimmungsschwankungen liegen vor, ohne die Kriterien einer der o.g. Bipolaren Störungen zu erfüllen.

**Rapid Cycling:** Vier oder mehr Phasen wechseln innerhalb von 12 Monaten.

**Ultra Rapid Cycling:** Phasen wechseln sich innerhalb von Tagen ab.

# WELCHE DIMENSIONEN HABEN BIPOLARE STÖRUNGEN?

## Ein unterschätztes Leiden

Bipolare Störungen manifestieren sich vornehmlich im jungen Erwachsenenalter, meist zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr. Die Erkrankung ist weitaus häufiger als ursprünglich angenommen. In der Allgemeinbevölkerung wird die Lebenszeit-Prävalenz für Bipolare Spektrums-Störungen bis 5,5%, für Bipolar I-Störungen 1,3 bis 1,8 %, und für Bipolar II-Störungen bis 1,3% geschätzt.

50% der Menschen mit Unipolarer Depression entwickeln eine Bipolare Störung, dies entspricht 0,5-1% pro Jahr. Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sind vor allem häufige Phasen, gemischte Episoden oder Rapid Cycling, insuffizientes Ansprechen auf die Therapie, Komorbiditäten, junges Erkrankungsalter, psychotische Episoden und schwerwiegende Lebensereignisse.

Der WHO-Report weist darauf hin, dass Bipolare Störungen zu den zehn Krankheitsbildern gehören, die weltweit am häufigsten zu andauernden Einschränkungen/Behinderungen führen.

## Hohe Mortalität

Mindestens jeder vierte Betroffene unternimmt einen Suizidversuch; ca. 15 % versterben durch Suizid. Menschen mit Bipolaren Störungen haben eine um ca. acht Jahre verkürzte Lebenserwartung und ein erhöhtes Risiko für zahlreiche somatische Erkrankungen bei oft reduzierter Versorgungs- und Behandlungsqualität. So ist zum Beispiel das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen um den Faktor 2 erhöht.

## Hohe Komorbiditätsrate mit anderen psychiatrischen Erkrankungen

Menschen mit Bipolaren Störungen leiden in erhöhtem Maße unter weiteren psychischen Erkrankungen. Am häufigsten sind dies Angststörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sowie Impulskontrollstörungen.

## Die Angehörigen leiden in gleichem Maße

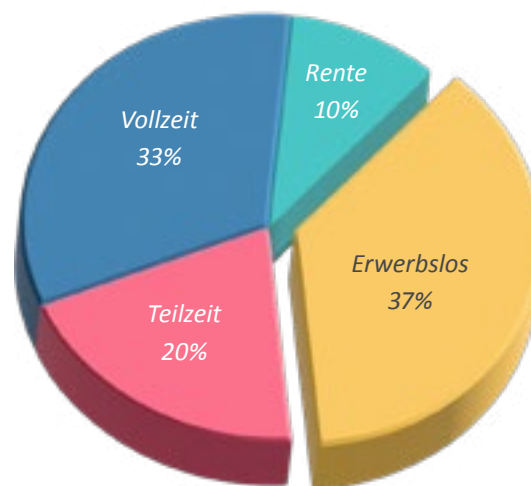
Die Gesellschaft unterschätzt die Belastung der Angehörigen von Menschen mit Bipolaren Störungen. Auch von den Kostenträgern im Gesundheitswesen erfährt das Engagement von pflegenden und helfenden Angehörigen eine viel zu geringe Unterstützung. Wir wissen, dass Angehörige oft die Hauptlast der familien- und partnerschaftsbezogenen Probleme tragen. Besonders belastend ist es für Angehörige, dass Betroffene in der Manie oftmals keine Krankheitseinsicht haben, so dass die größte Schwierigkeit darin besteht, diese von der dringend notwendigen Behandlung zu überzeugen. Vor allem Kinder von Eltern mit Bipolaren Störungen sind besonders belastet und benötigen umfangreiche Unterstützung.

## Negative Folgen im Berufsleben

Bipolare Störungen sind mit einem hohen Maß an Arbeits- oder gar Erwerbsminderung bzw. -unfähigkeit und vorzeitiger Berentung assoziiert, was für die Betroffenen bedrückend ist, eine adäquate Teilhabe verhindert und wiederum den Erkrankungsverlauf negativ beeinflussen kann. Dies macht außerdem etwa 80% der enormen gesundheitsökonomischen Belastung der Gesellschaft aus.

Für Menschen mit Bipolaren Störungen ist der Erhalt bzw. die Schaffung von Arbeitsplätzen von hoher Relevanz, da berufliche Tätigkeit gesundheitsfördernd wirkt. Daher sollten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Integration unterstützt werden.

Würde den betroffenen Menschen die gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten konsequent angeboten und auch von ihnen angenommen werden, könnten viele fatale soziale Folgen vermieden werden.



*Erwerbsverhältnisse von Menschen mit Bipolaren Störungen (Lish)*

## Betroffene und Angehörige fühlen sich oft stigmatisiert

Betroffene und Angehörige leiden unter der Stigmatisierung der Bipolaren Störungen. Dieses kann sich in Form von sozialer Benachteiligung, Schuldzuweisung und Ausgrenzung äußern. Stigmatisierung hindert die Betroffenen und Angehörigen an einer konstruktiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung ebenso wie an der Bereitschaft, bestimmte Therapieverfahren zu akzeptieren. Stigmatisierung führt zu einer verzögerten, unzureichenden Behandlung und zur Verschlimmerung der Krankheitssymptome.

## Kinder von Eltern mit Bipolarer Störung leiden besonders

Kinder von Menschen mit Bipolaren Störungen leiden oft ganz besonders unter dieser Situation. Sie werden teilweise von Mitschüler\*innen, Nachbarskindern und deren Eltern ausgegrenzt, sie müssen sich neugierigen Blicken aussetzen und haben oft niemanden, mit dem sie darüber sprechen können. Lehrer\*innen reagieren häufig hilflos, insbesondere dann, wenn die Kinder selbst Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Größere Kinder schämen sich, Freunde oder Freundinnen mit nach Hause zu bringen oder selbst als psychisch krank angesehen und gegebenenfalls verspottet zu werden.

Leider gibt es noch selten therapeutische Unterstützung für betroffene Familien. Erste Ansätze sind Projekte zur besseren Vernetzung der Arbeit von Kinder- und Jugend-Psychiater\*innen und -psychotherapeut\*innen mit den Kolleg\*innen aus der Erwachsenenpsychiatrie (zum Beispiel im Rahmen von interdisziplinären Versorgungsnetzen und -zentren und in Früherkennungszentren) sowie kommunale Projekte mit spezifischen Beratungs- und Behandlungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Sie könnten den Kindern, den Betroffenen und ihren Angehörigen gleichermaßen eine große Hilfe sein und dazu beitragen, Erkrankungen bei den Kindern zu verhindern oder zumindest frühzeitig zu erkennen. Inzwischen gibt es zahlreiche Kinderbücher für verschiedene Altersgruppen, um ihnen die Erkrankung ihrer Eltern altersgerecht näher bringen zu können. Eine Übersicht dazu gibt es auf der DGBS-Webseite.

## Unzureichender Informationsstand

Im Vergleich zu vielen anderen Erkrankungen haben Menschen mit bipolaren Symptomen immer noch ein deutlich erhöhtes Risiko, fehldiagnostiziert zu werden. Das große Spektrum an Symptomen erschwert die klinische Diagnostik. Noch immer vergehen ca. acht bis zehn Jahre zwischen der ersten Krankheitsepisode und der korrekten Diagnosestellung.

**Aufklärung der Öffentlichkeit und Weiterbildung von Therapeuten aller Fachrichtungen sind daher die vorrangigen Ziele der DGBS.**

# WARUM WERDEN BIPOLEARE STÖRUNGEN HEUTE NOCH UNTERDIAGNOSTIZIERT?

**Der Informationsstand über Bipolare Störungen ist bei Ärztinnen, Ärzten, Therapeut\*innen, Betroffenen, Angehörigen und in der Öffentlichkeit nicht befriedigend. Informationsdefizite betreffen Häufigkeit, Risikofaktoren, Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Fragen gleichermaßen.**

Falsche Vorstellungen über die tatsächliche Häufigkeit Bipolarer Störungen haben zu Fehlbewertungen dieses Krankheitsbildes in der Medizin geführt. Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungsdefizite sowie unzureichende klinische Forschung sind die Folge. Da es (bislang) keine biologisch messbaren Parameter gibt, wird die Diagnose Bipolarer Störungen durch Befragen und klinisches Einschätzen gestellt. Oft ist eine Sicherung der Diagnose erst durch den Krankheitsverlauf möglich (Zeitverlust). Bei vielen Betroffenen manifestiert sich die Bipolare Störung vor dem 20. Lebensjahr. Frühsymptome in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter sind häufig unspezifischer und schwer von mit dem Alter assoziierten Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen zu unterscheiden (Pubertätskrise, ADHS, psychische Störung bei Drogenkonsum). Frühe diagnostische Fehlbewertungen führen zu langjährigen Diagnoseverzögerungen. Das dominante klinische Erscheinungsbild Bipolarer Störungen ist die Depression. 60–80 % der Bipolaren Störungen beginnen mit einer depressiven Episode. Bei mindestens 50 % der rezidivierenden Depressionen zeigt sich erst nach Jahren durch Auftreten einer Manie oder Hypomanie der bipolare Charakter des Krankheitsbildes.



## Gefahr von Fehldiagnosen

Mehr als 50 % der Menschen mit Bipolaren Störungen leiden an einer komorbiden Angst- oder Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung. Diese komorbiden Störungen stehen im Intervall zwischen den akuten bipolaren Krankheitsepisoden oft im Vordergrund und führen auch in akuten Episoden zu diagnostischen Fehlbewertungen. Neben den genannten sehr häufigen komorbiden Erkrankungen kommen weitere vor, z.B. Essstörungen oder Zwangserkrankungen, die ihrerseits zu differentialdiagnostischen Problemen führen können. Schwere bipolare Krankheitsepisoden gehen in 30 bis 50 % vorübergehend mit psychotischen Merkmalen einher. Entsprechend häufig sind Fehldiagnosen aus dem schizophrenen Spektrum. Dieses differentialdiagnostische Problem betrifft vor allem die Manie und manisch-depressive Mischzustände. Auch leichte Bipolare Störungen und subsyndromale Störungsbilder werden extrem selten diagnostiziert. Die Verkennung dieser Gesundheitsstörungen als persönlichkeits-, verhaltens- oder sozialpathologische Erscheinung führt nicht nur zu Stigmatisierung, sondern vor allem zu einer Problemverschiebung heraus aus der Medizin. Bisweilen wird selbst in laufenden Psychotherapien der phasenhafte Charakter der Gemüts- und Antriebsstörungen nicht erkannt.

Bipolare Störungen haben viele Gesichter. Das weite Spektrum der Symptome erschwert die Diagnose. Nicht, fehl- und zu spät diagnostizierten Betroffenen bleiben störungsspezifische Therapien lange Zeit oder dauerhaft vorenthalten, was zu einer dramatischen Verschlechterung der Krankheitsprognose führt. Durch entsprechende Screening-Fragen lassen sich Risikofaktoren besser erkennen und damit auch eher an eine schwieriger erkennbare Form der Bipolaren Störung denken und somit ggf. diagnostizieren.

Risikofaktoren für (Hypo-)Manie:

- Bipolare Störungen in der Familie (blutsverwandt)
- Schwere Depression im Kindes- und Jugendalter
- Rascher Beginn/rasche Rückbildung einer Depression
- Hypomanische Symptome im Rahmen einer Depression

## WAS TUN BEI VERDACHT AUF EINE BIPOLARE STÖRUNG?

Auch wenn andere Symptome wie z.B. eine Sucht ganz im Vordergrund stehen oder offensichtliche soziale Probleme die momentane Verfassung zu erklären scheinen, sollte bei einem phasenhaften Auftreten von (u.U. nur unterschwellig) depressiver Symptomatik und/oder unangemessener überschäumender Gemütslage immer auch an das Vorliegen einer Bipolaren Störung gedacht werden. Gerade das Phänomen, dass jemand nach überstandenen Zeiten des Rückzugs und

depressiver Verstimmung sich immer wieder relativ schnell zu erholen scheint, sollte nicht dazu führen, die Situation zu verharmlosen. Besondere Aufmerksamkeit ist sicher angebracht bei entsprechender Erkrankung im familiären Umfeld. Für eine Familienanamnese kann ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten, Therapeut\*innen und Betroffenen hilfreich sein. Genetische Veranlagung ist eine von mehreren Ursachen für die Entstehung einer Bipolaren Störung. Auch eine Fremdanamnese ist hilfreich, weil bipolare Patient\*innen meist nur die depressiven Episoden wahrnehmen!



Besteht der Verdacht auf eine Bipolare Störung, sollten die Behandelnden sich Zeit für ein längeres Gespräch nehmen. Neben der diagnostischen Abklärung sollten diese bemüht sein, die Bereitschaft der Betroffenen hinsichtlich einer Behandlung zu fördern. Hilfreich ist es, Betroffene auf ihre Mitwirkungsmöglichkeiten hinzuweisen, damit möglichst schnell eine korrekte Diagnose gestellt und effektiv geholfen werden kann. Dafür bieten sich z.B. rückblickende Aufzeichnungen der letzten Jahre (Life-Chart) oder auch die Nutzung von Stimmungskalender oder -tagebuch an. Gerade auch für den ersten Besuch bei dem/der Psychiater\*in können diese Angaben sehr hilfreich sein.

Bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Bipolaren Störung oder auch bei Auftreten eines Krankheitsrezidives sollte unbedingt ein/e Psychiater\*in hinzugezogen werden. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner\*innen oder anderen Behandelnden und Psychiater\*innen wird dauerhaft empfohlen. Dies gilt insbesondere für Situationen mit Suizidgefahr, aber auch bei manischen Zustandsbildern. In einigen Städten gibt es Spezialambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern, denen man die Betroffenen zuweisen kann. Einige dieser Kliniken wurden durch die DGBS mit einem Gütesiegel ausgezeichnet, welche auf der DGBS-Webseite zu finden sind. Auch einige Reha-Kliniken tragen das DGBS-Gütesiegel.

Sollte in der Akutsituation eine pharmakologische Krisenintervention erforderlich sein, empfiehlt sich bis zur Konsultation eines/r Psychiater\*in vorrangig der Einsatz von Benzodiazepinen (z.B. Lorazepam), ggf. auch eine spezifische Medikation in Absprache mit dem/r Psychiater\*in.

Manchmal machen krisenhafte Zuspitzungen eine sofortige Klinikeinweisung erforderlich.

Die Bipolare Störung ist eine chronische Krankheit und bedarf in vielen Fällen einer lebenslangen Medikation (Phasenprophylaxe) und einer entsprechenden ärztlichen Betreuung. Deswegen ist eine enge Kooperation zwischen allen Behandelnden notwendig. Vor allem die medizinisch-internistischen Begleiterkrankungen, die bei den meisten Menschen mit Bipolaren Störungen insbesondere im höheren Lebensalter entstehen, erfordern eine komplexe interdisziplinäre Betreuung. Dabei sind kontinuierlich Blutkontrollen durchzuführen (mindestens alle 6 Monate), um die Dosis regelmäßig anpassen zu können sowie Langzeitschäden an Organen zu verhindern.

In vielen Fällen lässt sich Polypharmazie nicht verhindern.

# WIE WERDEN BIPOLARE STÖRUNGEN BEHANDELT?

Eine Langzeittherapie ist nicht nur zur Verhinderung neuer Krankheitsepisoden erforderlich, sondern wirkt auch günstig auf andere Faktoren der Morbidität bei Bipolaren Störungen. So lässt sich durch eine erfolgreiche Langzeittherapie das Suizidrisiko senken.

Hinweise zur Behandlung im Rahmen evidenzbasierter Medizin sind in der aktuellen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen unter <https://tinyurl.com/BipolarLeitlinie> abrufbar.

Unter Berücksichtigung der individuellen Situation des/der Betroffenen, den individuellen Wünschen und therapeutischen Vorerfahrungen wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung für eine moderne und individuell adäquate Behandlungsstrategie möglich.

## Therapie Bipolarer Störungen

### Akuttherapie

- ▶ Im Vordergrund steht die medikamentöse Behandlung mit gleichzeitiger Vorausplanung einer langfristigen Phasenprophylaxe.
- ▶ Wichtig sind von Beginn an unterstützende therapeutische Gespräche.
- ▶ Psychotherapeutische Gruppen- und Einzelbehandlung sollten bereits begonnen werden.
- ▶ Frühe Planung rehabilitativer Maßnahmen sollte erfolgen.

### Rückfallprophylaxe

- ▶ Langfristige Einstellung auf phasenprophylaktisch wirksame Medikamente, psychiatrischer Langzeitkontakt unter Einschluss situationsbezogener psychotherapeutischer Aspekte
- ▶ Motivation zur Teilnahme an Psychoedukation, einzeln oder in Gruppen, bzw. psychotherapeutische Gruppen- und Einzelbehandlung
- ▶ Hinweis auf den Besuch von Selbsthilfegruppen



Im Folgenden werden Wirkstoffe dargestellt, die gemäß den Empfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien (wie beispielsweise der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen 2019, letztes Update 2020, abrufbar unter: <https://tinyurl.com/BipolarLeitlinie>) zum Einsatz kommen. Zu beachten ist, dass einige Wirkstoffe nicht für die genannte Indikation zugelassen sind. Dies ist jeweils vermerkt und muss beachtet werden, da sich hieraus u.a. Konsequenzen bezüglich der Kostenübernahme und der Arzneimittelhaftung ergeben können. Zusätzlich müssen die Aussagen vor Therapiewahl mit dem aktuellsten Kenntnisstand abgeglichen werden, da stetig neue Studienergebnisse publiziert werden.

## Pharmakotherapie der Manie

Für die Therapie der akuten Manie steht eine Reihe von Psychopharmaka zur Verfügung:

**Klassische Stimmungsstabilisierer** (in alphabetischer Reihenfolge, sofern gleichrangig vorgeschlagen):

**Carbamazepin** eingeschränkt geeignet, auch bei Mischzuständen, Limitationen: mögliche Nebenwirkungen inklusive Sedierung, hohes Interaktionsrisiko (cave! Kombination mit anderen Medikamenten)

**Lithium** geeignet, Limitationen: Handhabbarkeit, nur orale Verfügbarkeit, enger Dosisbereich, Risiken bei Überdosierung, begrenzte Aufdosierungsgeschwindigkeit

**Valproinsäure** geeignet, (auch i.v. verfügbar), Limitationen: unbedingt vermeiden in Schwangerschaft und Stillzeit, für Frauen im gebärfähigen Alter nur eingeschränkt geeignet, da gerade in (Hypo-)manien Verhütungsmaßnahmen teils nicht ausreichend genutzt werden. Eine Valproat Einnahme von Männern kann eventuell die Entwicklung des ungeborenen Kindes beeinträchtigen.

**Klassische Antipsychotika:**

**Haloperidol** geeignet, vor allem in der Notfallsituation und zur Kurzzeitbehandlung, Limitationen: hohes Risiko für extrapyramidal-motorische Störungen (EPMS)

**Atypische Moderne Antipsychotika** (in alphabetischer Reihenfolge, sofern gleichrangig vorgeschlagen):

**Aripiprazol** geeignet, Limitationen: mögliche Nebenwirkungen inklusive Schlafstörungen, Unruhe/ Akathisie

**Olanzapin** geeignet, Limitationen: mögliche Gewichtszunahme bei langfristiger Einnahme mit möglichen weiteren Folgen

**Quetiapin** geeignet, Limitationen: mögliche Gewichtszunahme bei langfristiger Einnahme mit möglichen weiteren Folgen. Es sind Dosierungen über 500mg erforderlich, um einen antimanischen Effekt zu erzielen.

**Risperidon** geeignet, Limitationen: geringe Gewichtszunahme bei langfristiger Einnahme mit möglichen weiteren Folgen, Prolaktinerhöhung, EPMS in höheren Dosierungen

**Ziprasidon** geeignet, Limitationen: mögliche Nebenwirkungen inklusive Unruhe, auf Grund initialer Hinweise auf kardiale Probleme (QTc-Verlängerung) nachgeordnete Wahl. Die genannten Substanzen sind zur Manietherapie zugelassen.

**Asenapin** und **Paliperidon** scheinen geeignet, Datenlage noch begrenzt, Paliperidon nicht für diese Indikation zugelassen

**Cariprazin** geeignet, nicht für diese Indikation in Deutschland zugelassen

**Benzodiazepine** zeitlich eng begrenzt zur Sedierung geeignet Meistens ist eine Kombinationstherapie erforderlich: bei nicht ausreichendem Ansprechen auf eine Monotherapie kann die Kombination von Lithium oder Valproat mit einem modernen Antipsychotikum sinnvoll sein.

## Pharmakotherapie der bipolaren Depression

Auch hier sollte die Wirkstoffwahl bereits mit Blick auf eine ggf. notwendige Phasenprophylaxe erfolgen. Ab einer mittelgradigen depressiven Episode sollte eine Pharmakotherapie erfolgen, bei leichtergradigen bipolaren Depressionen können Faktoren für diese sprechen (wie bspw. im Erkrankungsverlauf erlebte schwerere Episoden, Komorbidität, rasche Symptomprogredienz). Gerade zu Beginn einer Behandlung sollten Nutzen und Nebenwirkungen engmaschig beobachtet werden. Bei bipolaren Depressionen besteht immer das Risiko eines relativ plötzlichen Umschlagens in eine Manie. Welchen Anteil daran eine Gabe von Antidepressiva hat, ist unklar.

### Unter den Antidepressiva gibt es folgende Substanzgruppen:

**Trizyklische Antidepressiva:** (z.B. Amitriptylin, Clomipramin, Trimipramin) wegen hoher Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen und gegenüber SSRI erhöhtem Switch-Risiko weniger gut geeignet

**Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer:** Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (z.B. Citalopram, Sertralin) wegen besserer Verträglichkeit und geringem Switchrisiko besser geeignet

**Dual wirkende Antidepressiva** (z.B. Duloxetin, Venlafaxin) bei zwar besserer Verträglichkeit gegenüber TZA aber höherem Switchrisiko weniger gut geeignet Eine antidepressive Therapie sollte möglichst nicht ohne antimanischen Schutz durch eine der Substanzen Lithium, Valproinsäure (oder Carbamazepin) erfolgen. Dabei ist jedoch anzumerken, dass die Evidenzlage für Kombinationsbehandlungen ausgesprochen begrenzt ist.

Alternativ kann **Lamotrigin** eingesetzt werden. Die Substanz muss allerdings sehr langsam aufdosiert werden, (25 mg alle 14 Tage, bei schnellerer Aufdosierung erhöhtes Risiko schwerer allergischer Hautreaktionen), was den Einsatz einschränkt. Lamotrigin ist zur Verhinderung depressiver Phasen im Rahmen der Phasenprophylaxe zugelassen.

### Auch moderne Antipsychotika können mittlerweile genutzt werden:

**Quetiapin** geeignet, Limitationen: mögliche Nebenwirkungen inklusive Sedierung und EPMS sowie mögliche Gewichtszunahme bei langfristiger Einnahme mit möglichen weiteren Folgen.

**Olanzapin** geeignet, Limitationen: mögliche Gewichtszunahme bei langfristiger Einnahme mit möglichen weiteren Folgen.



## Pharmakotherapie manisch-depressiver Mischzustände

Es gelten die gleichen Prinzipien wie in der Manie-Therapie. Hier sollten die häufig schweren depressiven Symptome manisch-depressiver Mischzustände unbedingt nicht allein mit Antidepressiva therapiert werden, da dies dazu beitragen könnte, dass sich der ständige Wechsel manischer und depressiver Symptome innerhalb einer Episode, der für Mischzustände charakteristisch ist, noch verschlimmert.

## Medikamentöse Phasenprophylaxe

Keines der aktuell vorhandenen Medikamente bietet einen 100%igen Rückfallschutz. Aber sie verringern die Schwere und Häufigkeit von Episoden. Darüber sollten Betroffene und deren Familien aufgeklärt werden.

Das am besten untersuchte Phasenprophylaktikum ist Lithium. Es scheint zusätzlich zum Episodenschutz im Langzeitverlauf eine antisuizidale Wirkung zu haben (und ist somit bei Betroffenen mit Suizidversuchen in der eigenen oder der Familienanamnese besonders geeignet). Die Behandlung mit Lithium ist anspruchsvoll, mit regelmäßigen Kontrollen und einer guten Aufklärung der Betroffenen jedoch gut handhabbar. Regelmäßige Kontrollen sind nötig, da eine Reihe unerwünschter Wirkungen (vor allem hinsichtlich der Schilddrüse und Nieren) eintreten können. Außerdem ist die therapeutische Breite gering, sodass Überdosierungen zu Intoxikationserscheinungen führen können. Diese Gefahr besteht insbesondere, wenn Betroffene nicht genug Flüssigkeit zu sich nehmen, stark schwitzen oder eine Diät durchführen (wodurch es zum

Verlust von Natriumchlorid und einem Ansteigen des Lithiumspiegels kommen kann). Eine Lithiumintoxikation ist ein medizinischer Notfall und muss intensivmedizinisch therapiert werden! Prophylaktische Serum-Lithiumspiegel zwischen 0,6 und 0,8 mmol/L sind anzustreben. Eine Kontrolle des Serumspiegels und der Blutparameter sollte anfangs einmal wöchentlich, später alle drei Monate erfolgen. Falls Lithium abgesetzt werden soll, unbedingt (sofern möglich) langsam ausschleichen (sonst ist das Risiko einer Episodeninduktion hoch).

Lamotrigin ist geeignet zur Prophylaxe depressiver Episoden, besonders wenn Betroffene den Wirkstoff bereits zuvor akut erhalten und gut vertragen haben. Lamotrigin kann aber auch erwogen werden, wenn Betroffene es zuvor noch nicht bekommen haben. Wie oben bereits erwähnt muss die Aufdosierung langsam erfolgen. An weiteren Substanzen scheint Carbamazepin geeignet, allerdings ist hier die Evidenzlage begrenzt und es fehlt eine methodisch hochwertige plazebokontrollierte klinische Studie. Die oben genannten Limitationen (mögliche Nebenwirkungen inklusive Sedierung, hohes Interaktionsrisiko) müssen beachtet werden. Valproat scheint weniger gut geeignet, die Zulassung zur Phasenprophylaxe bei Bipolaren Störungen wurde von der europäischen Zulassungsbehörde EMA aktuell zurückgenommen, in Deutschland ist es aktuell weiterhin in dieser Indikation zugelassen. Moderne Antipsychotika wie Aripiprazol, Olanzapin und Risperidon scheinen geeignet, wenn Betroffene auf diese Wirkstoffe in der Akuttherapie angesprochen haben und diese gut vertragen haben. Die Evidenzlage ist jedoch begrenzt. Aripiprazol und Olanzapin sind für diese Indikation zugelassen, Risperidon nicht. Erwähnenswert ist an dieser Stelle auch, dass keine der hier genannten Substanzen einen 100%-igen Rückfallschutz bietet.

Eine Kombinationsbehandlung kommt in Frage, wenn unter einer Substanz nur ein partieller Prophylaxeerfolg zu verzeichnen ist. Die Evidenz ist begrenzt, die Kombination von Lithium oder Valproat mit einem modernen Antipsychotikum oder von Lithium mit Valproat kann sinnvoll sein.

## Bipolare Störung und Schwangerschaft/Stillzeit

Grundsätzlich gilt, dass bei Frauen im gebärfähigen Alter die Themen Kontrazeption und Schwangerschaft im Rahmen der Routinebehandlung besprochen werden sollten. Bei Kinderwunsch oder bestehender Schwangerschaft ist eine individuelle und sorgsame Abstimmung der Medikation unbedingt erforderlich, um die Stabilität der Mutter einerseits, aber auch die Gesundheit des Babys andererseits, sicherzustellen. Die ärztliche Betreuung sollte engmaschig in Abstimmung und im Austausch von Gynäkolog\*in und Psychiater\*in erfolgen.

Die medikamentöse Behandlung während Schwangerschaft und Stillzeit bedarf einer genauen Abwägung der Gesamtsituation der Betroffenen. Allgemein gilt, dass die Medikamenteneinnahme, so weit möglich, auf ein Mindestmaß reduziert werden sollte, insbesondere im ersten Schwangerschaftsdrittel. Ggf. sollte eine Umstellung auf in der Schwangerschaft und Stillzeit besser geeignete Medikamente erfolgen. Wenn möglich sollte eine medikamentöse Monotherapie erfolgen. Bei Einnahme von Valproat ist vor Planung einer Schwangerschaft die Umstellung auf eine medikamentöse Alternative notwendig, da Valproat bei schwangeren Frauen aufgrund des erheblichen Risikos für kindliche Fehlbildungen und neu-

ro-kognitive Entwicklungsstörungen laut Fachinformation kontraindiziert ist. Bei allen Medikamenten sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung für die Betroffene erfolgen. Falls die Medikation umgestellt werden soll, ist die neue Medikation auf ihre individuelle Wirksamkeit und Verträglichkeit hin zu prüfen, bevor die Schwangerschaft eintritt. Da der Serumspiegel vieler Psychopharmaka im Verlauf der Schwangerschaft trotz gleichbleibender Dosierung sinkt, kann auch bei Substanzen, die gewöhnlich nicht nach Serumspiegel dosiert werden, ein therapeutisches Drug Monitoring (TDM) sinnvoll sein (z.B. Quetiapin).

Informationen zu den einzelnen Medikamenten und deren Auswirkungen auf das (ungeborene) Kind gibt es unter [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de). Weitere Informationen zu der Behandlung von Bipolaren Störungen bei Kinderwunsch, in der Schwangerschaft oder Stillzeit in der aktuellen S3-Leitlinie unter <https://tinyurl.com/BipolarLeitlinie>.

## Psychotherapeutische Verfahren

Psychoedukation und (Kognitive) Verhaltenstherapie sind sinnvolle Verfahren, um medikamentöse Maßnahmen zu unterstützen. Dabei geht es vor allem um Vermittlung von Krankheitskonzepten, Erkennung von Frühwarnzeichen, Regelung des Schlafverhaltens und Förderung der medikamentösen Adhärenz. Studien haben gezeigt, dass Betroffene, die solche Therapieformen erhalten, länger stabil bleiben als Betroffene, die ausschließlich medikamentös behandelt werden. Auch familienfokussierte Ansätze und die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie sind erprobte Psychotherapieverfahren, die geeignet erscheinen. Tiefenpsychologische Psychotherapie kann bei einzelnen Betroffenen unter Berücksichtigung

des spezifischen Krankheitscharakters Bipolarer Störungen hilfreich sein, da sie insbesondere der biographischen Einordnung und der Aufarbeitung konflikt- und problembehafteter Lebenserfahrung dient. Jede Psychotherapie sollte von mit Bipolaren Störungen vertrauten Therapeut\*innen und in Kooperation mit dem/der behandelnden Psychiater\*in erfolgen. Für andere, nicht genannte Verfahren ist keine methodisch ausreichend hochwertige Evidenz vorhanden. Es existiert ein facettenreiches Angebot an therapeutischen Konzepten, wobei hier individuell Nutzen und Risiken mit dem/der behandelnden Psychiater\*in besprochen werden sollten.

## Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren

Hier sind vor allem die Elektrokonvulsionstherapie als Möglichkeit bei schweren, eventuell therapieresistenten oder gar lebensbedrohlichen Episoden zu nennen, für deren Wirksamkeit in diesen Fällen Evidenz vorliegt.

## Neue Versorgungsmodelle

Seit einigen Jahren gibt es Ansätze für integrierte Versorgungsmodelle, Hometreatment und Stationsäquivalente Behandlung (StäB), die zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten bieten. Neben dem über die Regelversorgung hinausgehenden Einsatz häuslicher psychiatrischer Pflege und Soziotherapie ist damit eine strukturell verbesserte Kooperation zwischen Kliniken und Arztpraxen gegeben.



# HINWEISE FÜR DAS PATIENT\*INNENGESPRÄCH

Die Betroffenen - und ihre Angehörigen - sind der Bipolaren Störung nicht gänzlich ausgeliefert, sondern können mit dem entsprechenden Wissen und medikamentöser Unterstützung den weiteren Krankheitsverlauf sehr gut mitgestalten. Manchmal fühlen sich die Betroffenen von der Vielzahl an Informationen, die sie von den behandelnden Ärzt\*innen oftmals in kurzer Zeit erhalten, wie erschlagen und blocken ab.

Die DGBS bietet auf der Webseite umfangreiche Informationen sowie eine kompakte Patientenbroschüre - auch in anderen Sprachen wie englisch, arabisch, türkisch und russisch (siehe [dgbs.de/service/dgbs-materialien](http://dgbs.de/service/dgbs-materialien)).

Die behutsame und stetige Auseinandersetzung ist ein gemeinsamer Prozess von Behandelnden und Betroffenen, der Zeit und manchmal auch mehrere Krankheitsepisoden braucht.

Oftmals berichten Betroffene nicht von den Phasen, in denen sie sich besonders gut fühlten. Dies vor allem dann, wenn die Diagnose noch gar nicht bekannt ist. Fragen Sie deshalb auch nach vermeintlich besonders guten Zeiten und Symptomen der (Hypo-)Manie, um Hinweise auf eine mögliche Bipolare Störung erhalten zu können.

Der Rückschluss der Betroffenen: „Das ist für mich aber ganz normal, das entspricht meinem Naturell“ ist verständlich. Sie sollten jedoch in Ruhe darüber aufgeklärt werden, dass es nicht nötig ist, sich dem Leiden auszusetzen, und dass die Stimmungsschwankungen vor allem hinsichtlich Länge und Intensität eventuell nicht mehr als „normal“ zu bewerten sind.

Immer wieder kommt es im ärztlichen und therapeutischen Alltag vor, dass ein Betroffener nach einem ausführlichen Gespräch aufsteht und sich mit den Worten: „Danke, es war sehr nett, aber ich bin nicht psychisch krank und brauche daher auch keine Medikamente“ verabschiedet.

Bei manischen Betroffenen ist dieses Verhalten nicht einmal verwunderlich, stellt doch die fehlende Krankheitseinsicht ein bekanntes Problem am Beginn einer Episode für Behandelnde und Angehörige dar. Hingegen kann bei depressiven Betroffenen deren Hoffnungslosigkeit oder fehlende Tatkraft ein Grund für die Ablehnung der therapeutischen Maßnahmen sein.

Die größte Gefahr für eine erfolgreiche Behandlung besteht in der trügerischen Meinung, dass nach Abklingen der akuten Episode die Medikamente wieder weggelassen werden können. Hier braucht es viel Geduld seitens der Behandelnden, durch begleitende Gespräche auf die Wichtigkeit der zuverlässigen Medikamenteneinnahme auch in den „gesunden“/symptomfreien Phasen hinzuweisen. Außerdem ist bekannt, dass Intensität und Häufigkeit der Episoden ohne korrekte Medikamenteneinnahme zunehmen. Eine Vorhersage zum weiteren Krankheitsverlauf ist aber nicht möglich.

## Einbeziehung von Angehörigen/Vertrauenspersonen

In manischen oder hypomanischen Phasen hat der Betroffene nicht das Gefühl, krank zu sein. Ganz im Gegenteil. Depressive Phasen sind geprägt von Hoffnungs- und Antriebslosigkeit. Hier fehlt oft schlicht die Energie, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. In symptomfreien Zeiten scheint alles „normal“ zu sein, warum sollte man dann an Krankheit denken? Deshalb ist es bei Bipolaren Störungen besonders wichtig, dass Betroffene, Angehörige (oder andere Bezugs- oder Vertrauenspersonen) und Behandelnde sich gut miteinander abstimmen. Hierfür hat sich der Begriff „Trialog“ seit über 30 Jahren in Deutschland etabliert.

Die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung Bipolarer Störungen enthält ausdrücklich Empfehlungen zum Thema Trialog und betont, wie hilfreich und letztlich notwendig es für Behandelnde ist, nicht nur *über* Betroffene und Angehörige zu sprechen, sondern *mit* ihnen, sie ernst zu nehmen und als gleichwertige Partner zu respektieren.

Die Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen kann auf unterschiedliche Weise geschehen, z.B. durch:

- Familien- und Netzwerkgespräche (mit Betroffenen und deren Bezugspersonen)
- Gespräche mit Angehörigen
- Psychoedukative Angehörigengruppen oder Selbsthilfegruppen Angehöriger
- Angehörigen-Informationstage, Angehörigen-Sprechstunde, Hinweis auf Beratungstelefon oder andere Angebote
- „Trialog“-Gruppen, in denen sich Betroffene, Angehörige und Behandelnde begegnen und ihre persönlichen Erfahrungen austauschen
- Informationen für Angehörige
- Hinweis auf die DGBS und Angehörigenverbände auf Landes- und Bundesebene

Die Einbeziehung der Angehörigen hat folgende Ziele:

- Informationen über Symptome, Hintergründe und Erkrankungsverlauf aus Angehörigersicht
- Beobachtungen über Wirkung und Nebenwirkungen von Behandlungsmaßnahmen
- Emotionale Entlastung der Angehörigen und Wertschätzung ihrer Hilfe für den Betroffenen
- Entspannung krankheitsbedingter Konflikte zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionellen Behandlern
- Rückfallverhütung

# Antrag auf Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente, Schwerbehinderung oder Pflegegrad

Für Menschen mit Bipolaren Störungen kann es aufgrund der Intensität und/oder Häufigkeit der Symptome hilfreich sein, weitere Unterstützung zu erhalten. Für Anträge auf Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente, Schwerbehinderung oder auch einen Pflegegrad wird immer auch eine ärztliche Stellungnahme gefordert. Diese sollte neben dem Diagnoseschlüssel auch die Behandlungsdauer sowie die Dauermedikation beinhalten. Um ein für die Betroffenen anstrengendes Widerspruchsverfahren zu vermeiden, sollten darüber hinaus die tatsächlichen Einschränkungen und Probleme im Alltag aufgrund der Bipolaren Störung sowie eine konkrete Empfehlung für die Antragsstellung benannt werden. Erfahrungsgemäß erleichtert und beschleunigt dies den Genehmigungsprozess.

## STIMMUNGSKALENDER



Der Stimmungskalender steht Ihnen auf der Webseite der DGBS unter „Materialien“ als Download zur Verfügung.

Jahr:

Monat:

Datum/Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
STIMMUNG UND ANTRIEB	Nicht mehr kontrollierbar																																
	Extrem gesteigert																																
	Deutlich gesteigert																																
	Leicht gesteigert																																
	Ausgeglichen																																
	Leicht vermindert																																
	deutlich vermindert																																
	Extrem vermindert																																
	Auf dem Tiefpunkt																																
	Schlaf in Stunden																																
Schlafstörungen																																	
Med 1 .....																																	
Med 2 .....																																	
Med 3 .....																																	
Notfallmedikament																																	
Krankenhausaufenthalt																																	
Gearbeitet																																	
Tage der Menstruation																																	
Gereiztheit																																	
Besondere Ereignisse																																	
mit Stichworten und Datum																																	



# WELCHE ZIELE VERFOLGT DIE DGBS?

Die DGBS setzt sich für eine verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit über Bipolare Störungen und die Weiterbildung von Therapeut\*innen aller Fachrichtungen ein. Ein breites öffentliches Bewusstsein über die Erkrankung führt dann, so hoffen wir, zwangsläufig auch zu mehr Aufmerksamkeit im eigenen Umfeld, einem frühzeitigeren Besuch beim Arzt/bei der Ärztin und dadurch zu einer schnelleren Diagnosefindung und Therapieeinleitung.

## Fortschritt durch Dialog

Die DGBS ist ein unabhängiger, dialogisch aufgestellter Verein, in der sich Professionelle (im Gesundheitswesen Tätige), Menschen mit Bipolaren Störungen sowie Angehörige vereinigt haben. Die DGBS-Mitglieder setzen sich somit für eine im Wortsinn empirische Forschung ein, die sich nah an den Bedürfnissen der Betroffenen bewegt, und die kurze Wege zur Umsetzung neuer Erkenntnisse anstrebt.

## Fortbildung

Die DGBS fördert die regionale und überregionale ärztliche Fortbildung, z.B. durch Veranstaltungen oder unsere Mitgliederzeitschrift InBalance. Weitere Informationen im Internet unter [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de).

## Ausbau der Selbsthilfeinitiativen

Die moderne Behandlung Bipolarer Störungen fördert die Eigenverantwortung der Betroffenen, um der krankheitstypischen sozialen Isolation entgegenzuwirken. Leider ist die Zahl der in unserem Land bestehenden Selbsthilfeangebote im Bereich Bipolarer Störungen noch völlig unzureichend. Die Unterstützung der Selbsthilfeinitiativen von Betroffenen und Angehörigen gehört deshalb zu den wichtigen Zielen der DGBS. Eine Liste der registrierten Selbsthilfegruppen ist auf der Webseite zu finden.

## Förderung der Forschung

Die Förderung der Forschung und Lehre über die Ursachen, Diagnose und Therapie zählt seit Anbeginn zu den zentralen Anliegen der DGBS. Zurzeit erfolgt die Etablierung eines wissenschaftlichen Arbeitskreises, dem ausschließlich jüngere Wissenschaftler deutscher Universitätskliniken angehören, die wissenschaftlich herausragend auf dem Gebiet der Bipolaren Störungen arbeiten.

# DGBS-FRAGEBOGEN ZU BIPOLAREN STÖRUNGEN



Dieser Fragebogen zur Selbsteinschätzung könnte Betroffenen als erster Schritt zu einer Diagnosefindung helfen. Er ist auf der DGBS-Webseite unter <https://dgb.de/service/dgb-materialien> herunterzuladen.

## I. Gab es einmal einen Zeitabschnitt in Ihrem Leben, in dem Sie anders fühlten und handelten als sonst und in dem...

1. ... Sie so gehobener Stimmung waren, dass Ihre Mitmenschen den Eindruck hatten, Sie seien anders als sonst ... oder Sie aufgrund der gehobenen Stimmung Schwierigkeiten mit Ihren Mitmenschen bekamen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. ... Sie sich so gereizt fühlten, dass Sie Mitmenschen anschrieten oder in Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten verwickelt wurden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. ... Sie sich sehr viel selbstbewusster fühlten als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. ... Sie weniger Schlafbedürfnis hatten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. ... Sie mehr Rededrang verspürten oder schneller sprachen als sonst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. ... Ihre Gedanken zu rasen begannen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. ... Sie so schnell abgelenkt wurden von äußeren Ereignissen, dass Sie sich nicht mehr konzentrieren konnten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. ... Sie viel mehr Energie hatten als sonst und sich leistungsfähiger fühlten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. .. Sie deutlich mehr Aktivitäten durchführten als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. ... Sie geselliger waren als sonst oder Sie weniger soziale Hemmungen hatten (z.B. mitten in der Nacht einen Freund anrufen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. ... Sie mehr Interesse an Sex hatten als sonst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12. ... Sie Dinge taten, die für Sie untypisch sind bzw. von denen Mitmenschen sagten, sie seien übertrieben, leichtsinnig oder riskant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13. ... Sie so viel Geld ausgaben, dass Sie sich selbst oder Ihre Familie in finanzielle Schwierigkeiten brachten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

II. Haben Sie mehr als eine Frage mit „Ja“ beantwortet? Wenn ja: Sind manche der oben genannten Symptome innerhalb desselben Zeitabschnitts aufgetreten?  Ja  Nein

III. Wie problematisch schätzen Sie die Schwierigkeiten ein, die Ihnen durch diese Erlebens- und Verhaltensweisen erwachsen sind, z.B. familiäre Schwierigkeiten, finanzielle oder rechtliche Probleme, Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten?  nicht problematisch  problematisch

Sollten Sie Ihre persönliche Einschätzung als „problematisch“ bewerten, möchten wir Ihnen empfehlen, mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin, einem Arzt/einer Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Psychologischen Psychotherapeutin Kontakt aufzunehmen.

# LITERATURHINWEIS ZU BIPOLAREN STÖRUNGEN



Die DGBS bietet Ihnen ein vielfältiges Informationsangebot zu bipolaren Erkrankungen. Auf unserer Website finden Sie weiterführende Fachliteratur zum Thema Bipolare Störung und psychische Erkrankungen.

Die S3-Leitlinie in Buchform:

Bauer, Michael (Hrsg.)

## **S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen**

Leitlinien dienen dazu, Versorgungsfragen zu formulieren, das umfangreiche Wissen dazu zusammenzutragen und kritisch zu bewerten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren. Sie sollen Patienten, Angehörige und Therapeuten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Krankenversorgung unter spezifischen medizinischen Umständen unterstützen. Die vorliegende Leitlinie setzt dieses Ziel für die Bipolaren Störungen um.

**ISBN:** 978-3642377730

**Autor:** Bauer, Michael (Hrsg.)

**Verlag:** Springer

**Veröffentlicht:** 2013





## DGBS Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

---

🏠 **Anschrift:** Klinik für Psychiatrie  
Heinrich-Hoffmann-Straße 10  
60528 Frankfurt am Main

☎ **Telefon:** 069 630 184 398

✉ **E-Mail:** [info@dgbs.de](mailto:info@dgbs.de)

🌐 **Internet:** [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de)



### NEWSLETTER

Regelmäßig erscheint ein umfassender Newsletter, für den man sich auf der Webseite anmelden kann.

