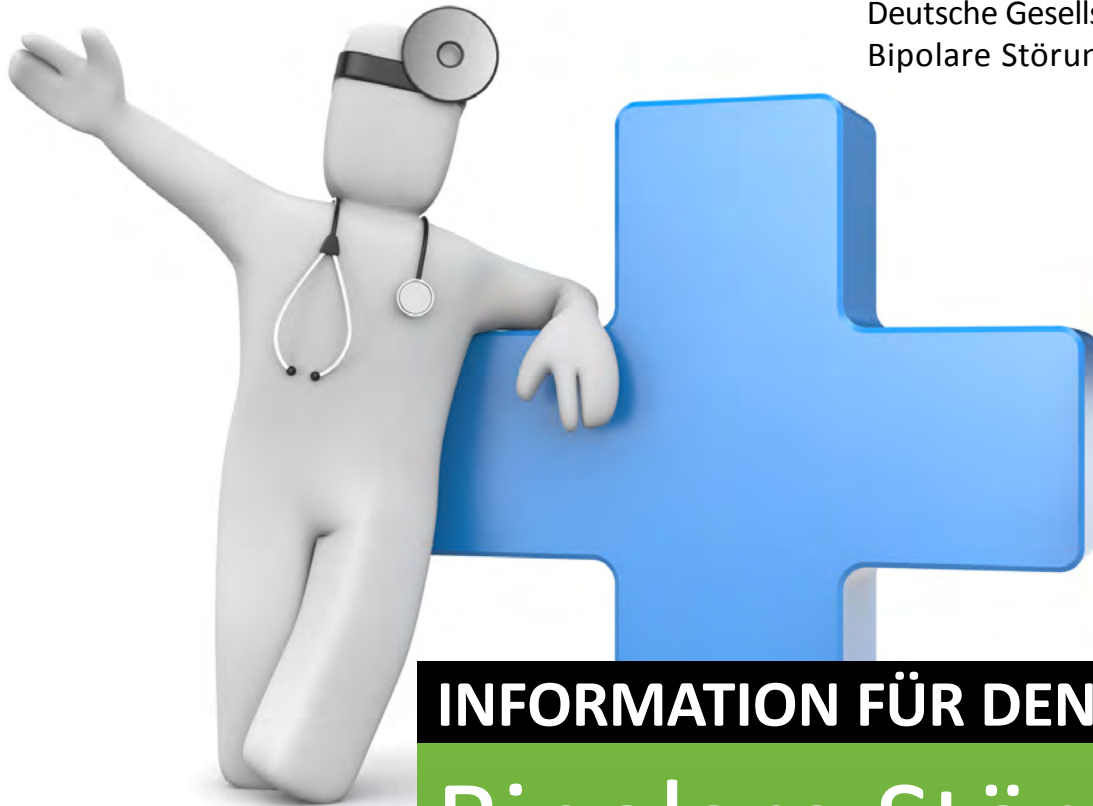


DGBS

Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.



INFORMATION FÜR DEN HAUSARZT

Bipolare Störungen: Behandlung in der Hausarztpraxis

Ratgeber für die hausärztliche Praxis

Prof. Dr. Andrea Pfennig, Prof. Dr. Stephanie Krüger, Dr. Norbert Mönter

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

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

Postanschrift Geschäftsstelle: DGBS · Klinik für Psychiatrie · Heinrich-Hoffmann-Str. 10 · 60528 Frankfurt/M

Tel.: 0700/333 444 54 (12 Cent/Min)

E-Mail: info@dgbs.de · www.dgbs.de

1. Vorsitzender der DGBS: Prof. Dr. med. Martin Schäfer, Essen

Vereinsregister: Amtsgericht Freiburg i.B., Vereinsregisternummer: VR 3310

Layout & Satz: farbe8 kommunikation, Kempten · www.farbe8.com · info@farbe8.com

HINWEIS

Medizin als Wissenschaft ist ständig im Fluss. Für Angaben bzgl. Medikamenteneinsatz, Zulassung bzw. Zulassungsbeschränkung, Dosierungsempfehlungen und Applikationsformen können von den Autoren und dem Herausgeber keine Haftung übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Medikamentenbeipackzettel und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebenen 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 von jedermann benutzt werden dürfen.

Eine Gefährdungshaftung für in Deutschland nicht zugelassene Importpräparate durch den Hersteller und den Importeur wird nicht übernommen.

© 2013: **Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) und die Autoren**

Diese Broschüre ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Autoren und des Herausgebers nicht zulässig.

Bildnachweis: © AKS / Fotolia.com (6); © emmi / Fotolia.com (1)

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung von



Bristol-Myers Squibb



Otsuka Otsuka Pharma GmbH

Die Verantwortlichkeit für den Inhalt liegt alleine bei der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

INFORMATION FÜR DEN HAUSARZT

Bipolare Störungen: Behandlung in der Hausarztpraxis

Autoren:

Prof. Dr. Andrea Pfennig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Prof. Dr. Stephanie Krüger, Zentrum für Seelische Frauengesundheit, Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin

Dr. Norbert Mönter, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin

Herausgeber:

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

2013

INHALT

| | |
|---|----|
| Vorwort | 5 |
| <hr/> | |
| Bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankungen) | 6 |
| Die Krankheit der extremen Emotionen | 6 |
| Unsere Welt wäre ärmer ohne das Werk dieser Menschen | 7 |
| Was ist eine bipolare Erkrankung? | 8 |
| Welche Dimension haben Bipolare Störungen? | 10 |
| Warum werden Bipolare Störungen heute noch unterdiagnostiziert? | 14 |
| Was tun bei Verdacht auf eine Bipolare Störung? | 16 |
| Wie werden Bipolare Störungen behandelt? | 18 |
| Hinweise für Ihr Patientengespräch | |
| <hr/> | |
| Stimmungskalender | 26 |
| Welche Ziele verfolgt die DGBS? | 27 |
| Entwicklungsschritte der DGBS | 28 |
| <hr/> | |
| Impressum, Hinweis | 2 |
| Buchempfehlungen / DVD | 29 |
| DGBS-Fragebogen zu Bipolaren Störungen | 32 |
| Mitgliedsantrag | 34 |

VORWORT

Die bipolare affektive Störung, früher als manisch-depressive Erkrankung und in diesem Ratgeber kurz als bipolare Erkrankung 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 der Betroffene ist von dieser Erkrankung erheblich beeinträchtigt, sondern die gesamte Familie.

Wichtig wird sein, erste Anzeichen einer Erkrankungsphase wahrzunehmen, um entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Wichtige Behandlungsstrategien sind einerseits medikamentöser und andererseits psychotherapeutischer Art. Je besser der Betroffene und seine Familienangehörigen über den Verlauf der Erkrankung informiert sind, umso besser gelingt ein adäquater Umgang mit ihr.

Neben der Behandlung mit Medikamenten in der akuten Erkrankungsphase werden auch Medikamente vorbeugend (prophylaktisch) gegeben, um erneute Erkrankungsphasen zu verhindern. Dies bedeutet aber auch, dass Patient und Angehörige in hohem Maße zur Zusammenarbeit mit dem Arzt bereit sein müssen.

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) wurde 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 einer bipolaren Erkrankung in der Öffentlichkeit und in der Politik zur Geltung zu bringen, ferner Selbsthilfe, Fortbildung und Forschung zu unterstützen.

Mit diesem Ratgeber wollen wir dazu beitragen, dass auch Hausärzte, die in vielen Fällen die erste Anlaufstelle sind, einen besseren Blick für die Symptome einer Bipolaren Störung bekommen und angemessene Maßnahmen einleiten können.

Für Anregungen und Kritik sind wir dankbar.
Die Autoren, Herbst 2012

BIPOLARE STÖRUNGEN (MANISCH-DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN)

■ Die Krankheit der extremen Emotionen

Fakten

- Etwa 1 - 2 % der Bevölkerung sind betroffen.
- Es gibt unterschiedliche Verlaufsformen. Die Krankheit hat verschiedene Gesichter.
- Jeder kann daran erkranken.
- Jeder vierte Betroffene unternimmt mindestens einen Suizidversuch, ca. 15 % versterben durch Suizid.
- Bipolare Störungen gehören 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 und moderne Therapiemöglichkeiten.
- Zehn Jahre dauert es im Schnitt, bis die richtige Diagnose gestellt wird und die adäquate Therapie beginnen kann.
- Scham und Mitleid prägen noch vielfach den Alltag von bipolar Erkrankten.
- Betroffene und Angehörige fühlen sich oft stigmatisiert.
- In der breiten Öffentlichkeit sind Bipolare Störungen noch kaum 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, Musiker und Künstler litten und leiden an dieser Störung.

WAS IST EINE BIPOLARE ERKRANKUNG?

■ Die Krankheit hat verschiedene Gesichter

Die bipolare Erkrankung ist eine so genannte „affektive“ Erkrankung. Sie bezieht 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 kaum möglich. 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 und Mischzustände in akuten Episoden können die Diagnose erschweren.

Die bipolare Erkrankung wird von der rezidivierenden depressiven Störung abgegrenzt, bei welcher nur depressive Krankheitsphasen auftreten.



■ Typische Symptome

einer Manie

- Gehobene oder gereizte Stimmung
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Rededrang und Gedankenrasen
- Gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit
- Selbstüberschätzung
- Verlust sozialer Hemmungen, Taktlosigkeit
- Gesteigertes Selbstwertgefühl (bis hin zu Allmachtsgefühlen)
- Gesteigertes sexuelles Verlangen
- Unkontrollierter Alkoholkonsum
- Unkontrollierte Geldausgaben
- Psychotische Symptome

einer Depression

- Schwermut, gedrückte Stimmung
- Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
- Gehemmte Emotionen, Gefühl der Gefühllosigkeit, Ängste, Pessimismus
- Verlust des Selbstvertrauens, Schuldgefühle
- Grübeln oder Schwierigkeiten, Entscheidungen zu fällen
- Freude- und Interesselosigkeit
- Vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen
- Mutlosigkeit, Lebensüberdruß
- Vielfältige Körperbeschwerden, die Anlass für somatische Abklärung bieten können (bei bis zu 70 % der Patienten)
- Suizidalität

■ Einteilung der bipolaren Erkrankung

Bipolar-I-Störungen: Schwer ausgeprägte Manien und Depressionen

Bipolar-II-Störungen: Weniger stark ausgeprägte manische Symptomatik

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 von 1 bis 5 % geschätzt, für Bipolar II Störungen (depressive und hypomane Episoden) zwischen 0,5 und 3 %.

Eine neue epidemiologische Studie aus der Schweiz (Züricher Kohortenstudie; Angst 2004) ermittelt sogar eine Lebenszeit-Prävalenz bis zu 12 % für das so genannte bipolare Spektrum, zu dem auch Temperamentsakzentuierungen gehören.

Der WHO-Report 2002 weist darauf hin, dass weltweit eine dramatische Zunahme dieses Leidens zu verzeichnen ist und Bipolare Störungen zu den zehn Krankheitsbildern gehören, die weltweit am häufigsten zu andauernder Behinderung führen.

■ Hohe Mortalität

Mindestens jeder vierte Patient unternimmt einen

Suizidversuch, ca. 15 % versterben durch Suizid.

Doch auch in anderen Bereichen der Gesundheit sind bipolar Erkrankte erhöhten Risiken ausgesetzt. So ist zum Beispiel das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen um den Faktor 2 erhöht.

■ Hohe Komorbiditätsrate mit anderen psychiatrischen Erkrankungen

Bipolare Patienten leiden in erhöhtem Maße unter anderen psychischen Erkrankungen. Am Beispiel der Münchener Patienten der Stanley Foundation Bipolar Ambulanz ließ sich dokumentieren, dass 35 % der Betroffenen mindestens eine weitere schwere psychische Erkrankung aufweisen bzw. früher aufwiesen (so genannte Achse I-Komorbidität). Am Häufigsten sind dies Sucht- und Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

■ Die Angehörigen leiden in gleichem Maße

Die moderne Gesellschaft unterschätzt die Belastung der Angehörigen psychisch kranker Menschen grundlegend. Auch von den Kostenträgern

im Gesundheitswesen erfährt das Engagement pflegender und unterstützender Angehöriger eine viel zu geringe Unterstützung. Wir wissen, dass die Angehörigen bipolar erkrankter Menschen oft die Hauptlast familien- und partnerschaftsbezogener Probleme tragen, die sich aus der bipolaren Erkrankung eines Familienmitgliedes ergeben können.

Vor allem Kinder von einem bipolar erkrankten Elternteil sind besonders belastet und brauchen Unterstützung.

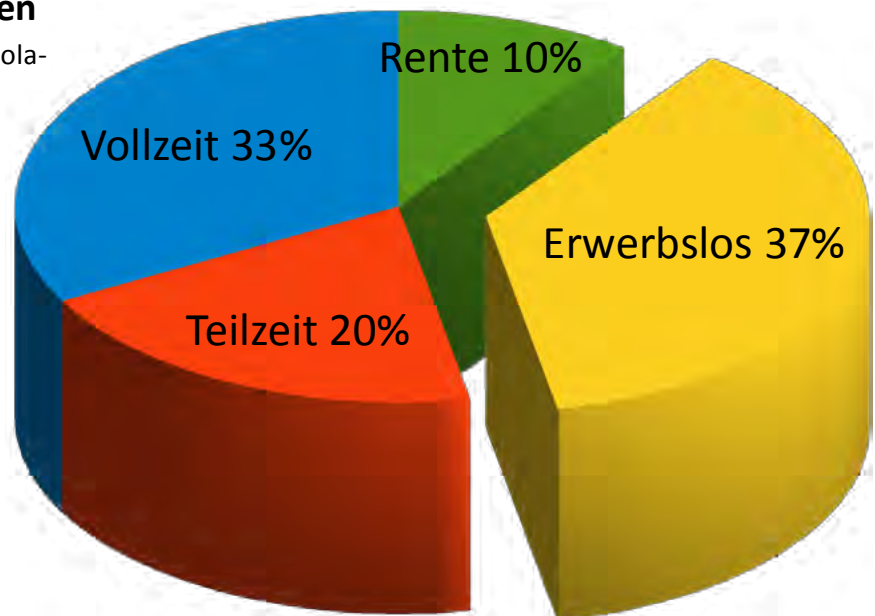
■ Negative Folgen im Berufsleben

Viel zu oft sind Betroffene wegen ihrer bipolaren Erkrankung mit negativen Folgen im Berufsleben konfrontiert. Berufliche Desintegration untergräbt das Selbstwertgefühl, destabilisiert Familien und kann zu finanzieller Not führen. Leider bleiben die Möglichkeiten, dieser Entwicklung entgegen zu wirken, noch viel zu oft ungenutzt.

Würden die betroffenen Menschen die gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten konsequent angeboten bekommen, diese nutzen und Hilfsmöglichkeiten für sich und ihre Angehörigen erhalten und in Anspruch nehmen,

könnten fatale soziale Folgen sehr viel besser aufgefangen werden.

Eine effektive Behandlung kann mögliche negative soziale, berufliche und damit auch ökonomische Folgen der Erkrankung auffangen. Voraussetzung ist natürlich, dass die Betroffenen behandlungsmotiviert sind und ein Interesse daran haben, Hilfe anzunehmen.



Erwerbsverhältnisse bipolar Erkrankter (Lish 1994)

Fazit: Viel zu oft sind Betroffene wegen ihrer bipolaren Erkrankung mit negativen Folgen im Berufsleben konfrontiert. Berufliche Desintegration untergräbt das Selbstwertgefühl, destabilisiert Familien und kann zu finanzieller Not führen.

Leider bleiben die Möglichkeiten, dieser Entwicklung entgegen zu wirken, noch viel zu oft ungenutzt. Würden die betroffenen Menschen die gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten konsequent nutzen und die Hilfsmöglichkeiten für sich und ihre Angehörigen in Anspruch nehmen, könnten gravierende soziale Folgen sehr viel besser aufgefangen werden.

■ Betroffene und Angehörige fühlen sich oft stigmatisiert

Betroffene und Angehörige leiden unter der Stigmatisierung der bipolaren Erkrankung. Dieses kann sich in Form von sozialer Benachteiligung, Schuldzuweisungen und Ausgrenzung äußern.

Stigmatisierung hindert die Betroffenen und Angehörigen an einer konstruktiven Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung ebenso wie an der Bereitschaft, bestimmte Therapieverfahren zu akzeptieren. Stigmatisierung führt zu einer verzögerten, unzureichenden Behandlung und zur Verschlimmerung der Krankheitssymptome.

■ Kinder bipolar Erkrankter leiden besonders

Kinder bipolar Erkrankter leiden oft ganz besonders unter dieser Situation. Sie werden teilweise von Mitschülern, Nachbarskindern und deren Eltern ausgegrenzt, sie müssen sich neugierigen Blicken aussetzen und haben oft niemanden, mit dem sie darüber sprechen können. Lehrer reagieren häufig hilflos, insbesondere dann, wenn die Kinder selbst Verhaltensauffälligkeiten zeigen.

Größere Kinder schämen sich, Freunde mit nach Hause zu bringen oder selbst als psychisch krank angesehen und gegebenenfalls verspottet zu werden.

Therapeutische Strategien, mit denen betroffene Familien unterstützt werden, finden sich im Versorgungsalltag noch selten. Sie könnten den Kindern und den Betroffenen und ihren Angehörigen gleichermaßen eine große Hilfe sein und könnten beitragen, Erkrankungen bei den Kindern zu verhindern oder zumindest frühzeitig zu erkennen. Erste Ansätze sind Projekte zur besseren Vernetzung der Arbeit von Kinder- und Jugend-Psychiatern und -psychotherapeuten mit den Kollegen 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 kranker Eltern.

■ **Unzureichender Informationsstand**

Man schätzt, dass weniger als die Hälfte der bipolar Erkrankten aufgrund ihrer Beschwerden je einen Arzt aufsuchen, und nicht einmal 10 % überhaupt jemals Kontakt zu einem Facharzt haben werden. Im Vergleich zu vielen anderen Erkrankungen haben die Patienten immer noch ein deutlich erhöhtes Risiko, fehldiagnostiziert zu werden.

Das große Spektrum an Symptomen erschwert die klinische Diagnose. Schätzungsweise wird bei weniger als 5 % der Betroffenen je die korrekte Diagnose gestellt und bei noch weniger die richtige Behandlung eingeleitet. Bei denjenigen, die letztlich korrekt als bipolar diagnostiziert wurden, sind im Schnitt acht bis zehn Jahre zwischen der ersten Krankheitsepisode und der korrekten Diagnose vergangen.

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

WARUM WERDEN BIPOLARE STÖRUNGEN HEUTE NOCH UNTERDIAGNOSTIZIERT?

■ Der Informationsstand über bipolare Erkrankungen ist bei Ärzten, Patienten, Angehörigen und in der Öffentlichkeit nicht befriedigend. Informationsdefizite betreffen Häufigkeit, Risikofaktoren, Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Fragen gleichermaßen.

Falsche Vorstellungen über die tatsächliche Häufigkeit bipolarer Erkrankungen 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 Erkrankungen 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. Die bereits erwähnten ersten Ansätze im Rahmen von Früherkennungszentren mit Fokus auf die Entwicklung Bipolarer Störungen sollen Erkenntnisse erbringen, welche Frühzeichen wann ein erhöhtes Risiko anzeigen, zu erkranken, und welche Möglichkeiten der Beratung und Therapie sinnvoll sein können.

Das dominante klinische Erscheinungsbild bipolarer Erkrankungen 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.

Mehr als 50 % der bipolar erkrankten Menschen 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 Erkrankungen 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 Erkrankungen haben viele Gesichter. Das weite Spektrum der Symptome erschwert die Diagnose. Wie bereits erwähnt, wird nur bei schätzungsweise etwa 5 % der Betroffenen je die richtige Diagnose gestellt. Nicht, fehl- und zu spät diagnostizierten Patienten bleiben störungsspezifische Therapien lange Zeit oder dauerhaft vorenthalten, was zu einer dramatischen Verschlechterung der Krankheitsprognose führt.

Es ist dringend erforderlich, die Voraussetzungen zur Erkennung der Erkrankung zu verbessern.

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 der Bedrückung sich immer wieder zu erholen scheint, sollte nicht dazu führen, die Situation zu verharmlosen. Besondere Aufmerksamkeit ist sicher angebracht bei entsprechender Erkrankung im familiären Umfeld.

Besteht der Verdacht auf eine Bipolare Störung, sollte der Hausarzt sich immer die Zeit für ein längeres Gespräch nehmen. Neben der diagnostischen Abklärung sollte er zugleich bemüht sein, auch die Bereitschaft des Patienten hinsichtlich einer Behandlung zu prüfen und zu fördern. Hier ergeben sich insbesondere bei Verdacht bzw. Erstdiagnose einer Bipolaren Störung oft Probleme, da die Ein-

sicht in die Krankhaftigkeit der seelischen Verfassung erst nach längerer Zeit und bisweilen mühsam erarbeitet wird.

Bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Bipolaren Störung oder auch bei Auftreten eines Krankheitsrezidives sollte unbedingt ein Nervenarzt bzw. ein Psychiater hinzugezogen werden. Diagnostische (Fein-)einschätzung und therapeutische Möglichkeiten sind mittlerweile so komplex, dass eine Facharzt-Konsultation unbedingt vorteilhaft erscheint. Nach gezielter Indikationsstellung durch einen mit dem Krankheitsbild erfahrenen Nervenarzt/Psychiater können auch andere Therapeuten z.B. für eine störungsangemessene Psychotherapie einbezogen werden.

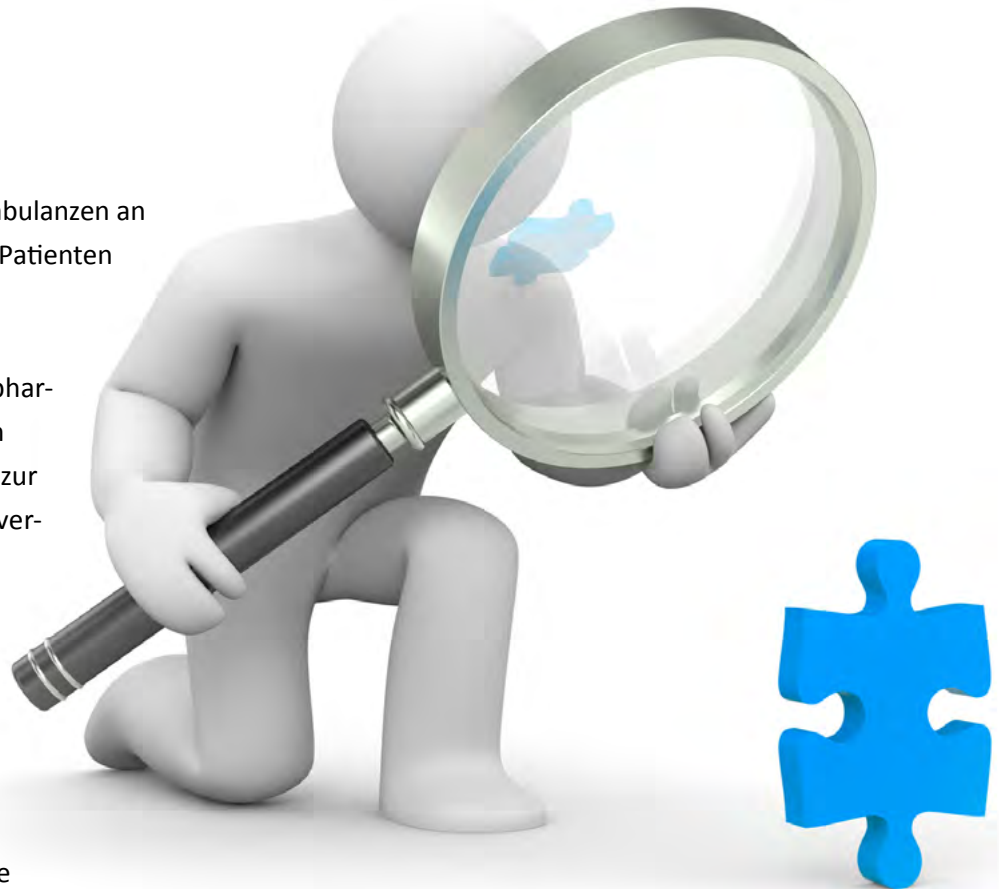
Eine bereits vorbestehende Zusammenarbeit mit einem niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater kann hier von großem Nutzen sein, da oftmals ein unbürokratisch-flexibles Vorgehen erforderlich ist. Dies gilt insbesondere für Situationen mit Suizidgefahr, aber auch bei manischen Zustandsbildern. In

einigen Städten gibt es Spezialambulanzen an Krankenhäusern, denen man die Patienten zuweisen kann.

Sollte in der Akutsituation eine pharmakologische Krisenintervention erforderlich sein, empfiehlt sich zur Entaktualisierung und bis zur unverzüglichen Konsultation eines Psychiaters vorrangig der Einsatz von Benzodiazepinen (z.B. Lorazepam), ggf. auch eine spezifische Medikation in Absprache mit dem Psychiater. Natürlich machen krisenhafte Zuspitzungen manchmal auch die unverzügliche Klinikaufnahme erforderlich.

Die bipolare Erkrankung ist eine chronische Krankheit und bedarf in vielen Fällen einer lebenslangen Medikation (Phasenprophylaxe) und einer entsprechenden ärztlichen Betreuung. Deswegen ist eine enge Kooperation zwischen dem Hausarzt und dem

Facharzt für Psychiatrie notwendig. Vor allem die medizinisch-internistischen Begleiterkrankungen, die bei den meisten bipolaren Patienten vor allem im höheren Lebensalter vorliegen, erfordern eine komplexe interdisziplinäre Betreuung.



WIE WERDEN BIPOLARE STÖRUNGEN BEHANDELT?

Bipolare Patienten sind in einem erheblich höheren Maß durch Rückfälle gefährdet als Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen. 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 etwa um das fünf- bis sechsfache senken.

Bei der Behandlung sind im Sinne evidenzbasierter Medizin immer sowohl die aktuelle Erkenntnislage zu Behandlungsstrategien (wie z.B. in evidenz- und konsensbasierten Leitlinien aufgearbeitet) als auch die individuelle Situation des Patienten, seine Wünsche und therapeutischen Vorerfahrungen zu berücksichtigen.

Daneben spielen natürlich auch die Verfügbarkeit von Maßnahmen und der Erfahrungsschatz des Therapeuten eine Rolle. Durch das Zusammenführen dieser Faktoren wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung für eine moderne und individuell adäquate Behandlungsstrategie möglich.

■ Therapie Bipolarer Störungen

Akuttherapie

- Im Vordergrund steht die medikamentöse Behandlung (wie angesprochen unter Berücksichtigung der Evidenzlage und der individuellen Situation sowie bereits mit Blick auf eine ggf. notwendige Phasenprophylaxe)
- wichtig sind von Beginn an unterstützende psychiatrische Gespräche
- psychotherapeutische Gruppen- und Einzelbehandlung sollten bereits begonnen werden
- frühe Planung rehabilitativer Maßnahmen

Rückfallprophylaxe

- Langfristige Einstellung auf phasenprophylaktisch wirksame Medikamente, psychiatrischer Langzeitkontakt unter Einschluss situationsbezogener psychotherapeutischer Aspekte
- Psychoedukation einzeln oder in Gruppen, psychotherapeutische Gruppen- und Einzelbehandlung
- Teilnahme an 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 2012, www.leitlinie-bipolar.de) 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 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, Risi-

ken 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

Klassische Neuroleptika:

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

Atypische Neuroleptika (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

Risperidon geeignet, Limitationen: mögliche

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

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 atypischen NL 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 leichter-

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

SSRI: 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



Carbamazepin, Lithium oder Valproinsäure 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 atypische NL 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 Manietherapie. 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**

Das am besten untersuchte Phasenprophylaktikum ist Lithium. Es scheint zusätzlich zum Episodenschutz im Langzeitverlauf eine antisuizidale Wirkung zu haben (und ist somit bei Patienten mit Suizidversuchen in der eigenen oder der Familienanamnese besonders geeignet). Die Behandlung mit Lithium ist anspruchsvoll, mit regelmäßigen Kontrollen und einer guten Aufklärung der Patienten 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, so

dass Überdosierungen zu Intoxikationserscheinungen führen können. Diese Gefahr besteht insbesondere, wenn der Patient nicht genug Flüssigkeit zu sich nimmt, stark schwitzt oder eine Diät durchführt (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 Risiko einer Episodeninduktion hoch). Lamotrigin ist geeignet zur Prophylaxe depressiver Episoden, besonders wenn die Patienten den Wirkstoff akut erhalten und gut vertragen haben. Es kann aber auch erwogen werden, wenn sie es 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 plazebo-kontrollierte 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.

Atypische NL wie Aripiprazol, Olanzapin und Risperidon scheinen geeignet, wenn die Patienten 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 atypischen NL oder von Lithium mit Valproat kann sinnvoll sein.

■ 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 Compliance. Studien haben gezeigt, dass Patienten, die solche Therapieformen erhalten, länger stabil bleiben als Patienten, 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 Patienten 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 der bipolaren Erkrankung sollte von mit dem Störungsbild vertrauten Therapeuten und in Kooperation mit dem behandelnden Psychiater erfolgen. Für andere, nicht genannte Verfahren ist keine methodisch ausreichend hoch-

wertige Evidenz vorhanden. Es existiert ein facettenreiches Angebot an therapeutischen Konzepten, wobei hier individuell Nutzen und Risiken mit dem behandelnden Psychiater explizit besprochen werden sollten.

■ Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren

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

■ Neue Versorgungsmodelle

Seit wenigen Jahren gibt es Ansätze für integrierte Versorgungsmodelle, 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 Nervenarzt- wie auch Hausarztpraxen gegeben.

HINWEISE FÜR IHR PATIENTENGESPRÄCH

Die Betroffenen - und mit ihnen ihre Angehörigen - sind der bipolaren Erkrankung nicht gänzlich ausgeliefert, sondern können mit dem entsprechenden Wissen und medikamentöser Unterstützung den weiteren Krankheitsverlauf sehr gut mitgestalten!

Oft fühlen sich die Betroffenen von der Vielzahl an Informationen, die sie von dem behandelten Arzt oftmals in kurzer Zeit erhalten, wie erschlagen und blocken ab. Die behutsame und stetige Auseinandersetzung ist ein gemeinsamer Prozess von Arzt/Therapeut und Patient, der seine Zeit und vielleicht auch mehrere Krankheitsepisoden braucht.

Der Rückschluss des Patienten: „Das ist für mich aber ganz normal, das entspricht meinem Naturell“ ist verständlich. Er sollte 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 bei Weitem nicht mehr als „normal“ zu bewerten sind.



Intensität und Anzahl der auftretenden Episoden im weiteren Verlauf sind nicht genau vorhersehbar. Die bestmögliche Vorhersage für den weiteren Verlauf ermöglicht der bisherige Verlauf!

Immer wieder kommt es im ärztlichen und therapeutischen Alltag vor, dass ein Patient 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



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

Ist die akute Episode erst einmal vorüber, meinen viele, der Spuk sei damit überstanden und sie könnten das Medikament wieder absetzen – sofern sie

überzeugt werden konnten, das Medikament überhaupt einzunehmen. Hier braucht es viel Geduld, die große Bedeutung der Therapie generell sowie auch in den Phasen zwischen den manischen bzw. depressiven Episoden zu verdeutlichen und zudem den Effekt, weiteren Episoden durch die fortdauernde Therapie vorzubeugen, herauszustreichen.

Aus: „Depression und Manie“ (Springer, 2007) von Univ. Prof. Dr. Christian Simhandl und Klaudia Mitterwachauer, mit freundlicher Genehmigung der Autoren

WELCHE ZIELE VERFOLGT DIE DGBS?

Die DGBS setzt sich für eine verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit über Bipolare Störungen und die Weiterbildung von Therapeuten 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 Arztbesuch und dadurch zu einer schnelleren Diagnosefindung und Therapieeinleitung.

■ Fortschritt durch Dialog

Die DGBS ist ein unabhängiger, dialogisch aufgestellter Verein, in der sich Professionelle (Forscher und Therapeuten), bipolar erkrankte Menschen und 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.

■ Ausbau der Selbsthilfeinitiativen

Die moderne Behandlung Bipolarer Störungen fördert die Eigenverantwortung der Patienten, 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.

■ 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 Erkrankungen arbeiten.

ENTWICKLUNGSSCHRITTE DER DGBS

- 1999** Gründung als Fachgesellschaft im Rahmen der 3rd International Conference on Bipolar Disorder, Pittsburgh/USA
- 2000** Öffnung als triadische Gesellschaft für Professionelle, Betroffene, Angehörige
- 2001** Internetseite www.dgbs.de
1. DGBS-Jahrestagung in Freiburg im Breisgau
- 2002** Internetforum für Betroffene und Angehörige: www.bipolar-forum.de
Herausgabe des ersten Weißbuches für Bipolare Störungen in Deutschland
- 2003** Entwicklungsunterstützung für ein elektronisches Patiententagebuch
Start der DGBS-Schriftenreihe
- 2004** Gründung des Bipolar Selbsthilfe-Netzwerkes BSNe, ein Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen aus dem gesamten Bundesgebiet
- 2005** Herausgabe der Mitgliederzeitschrift InBalance
Gründung des „DGBS Arbeitskreis Junge Wissenschaftler“
- 2006** Start der Fortbildungsseminare für Ärzte in psychiatrischen Institutsambulanzen
der erste DGBS-Film: „Die Pole des Saturn - Leben zwischen Manie und Depression“
Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland, 2. überarbeitete Auflage
1. Seminar für Angehörige von bipolar Erkrankten
- 2007** 1. Gesundheitstag Bipolare Störungen am 8. Mai 2007 im Französischen Dom, Berlin
Gründung der Stiftung für Bipolare Störungen *IN BALANCE* durch die Schauspielerinnen Eleonore Weisgerber
Vorstellung der Stiftung in der ZDF-Sendung „Johannes B. Kerner“
- 2008** Start zur Erarbeitung einer Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bei Bipolaren Störungen in Kooperation mit der DGPPN
- 2009** Satzungsänderungen: Stärkung der Selbsthilfe als Vereinsziel
Gründung des Arbeitskreises Betroffenenselbsthilfe
Outcome-Analyse im Rahmen der S3-Leitlinie zur Untersuchung der aktuellen Versorgungssituation bipolarer Patienten in Deutschland
- 2010** 10. Jubiläums-Jahrestagung der DGBS in Friedrichshafen / Bodensee
Ausbau des Serviceangebots (z.B. Beratungstelefon für Betroffene und Angehörige, Newsletter)
- 2011** Relaunch der Mitgliederzeitschrift InBalance
Neugestaltung des Internetauftritts
erweitertes Angebot der telefonischen Beratung von Betroffenen und Angehörigen durch Ehrenamtliche
- 2012** Veröffentlichung der S3-Leitlinie
neue DGBS Patientenbroschüre; gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium
erste Schritte zur Schaffung eines bundesweiten Selbsthilfenetzwerks auf Landesebene in Nachfolge des BSNe

BUCHEMPFEHLUNGEN / DVD

Bauer, Michael

Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2006

ISBN 978-3833447815, € 39,90

Bauer, Michael, Ulrike Schäfer

Stimmungsschwankungen bei Kindern und Jugendlichen

Ratgeber für Eltern und Erzieher

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2009

ISBN, 978-3-8370-4892-6, € 14,00

Bock, Thomas

Achterbahn der Gefühle

Psychiatrie-Verlag, 2012, 3. Auflage

ISBN: 978-3-86739-022-4, € 14,90

Bock, Thomas; Andreas Koesler

Bipolare Störungen - Manie und Depression verstehen und behandeln

Psychiatrie-Verlag 2005

ISBN: 978-3884143926, € 24,90

Bräunig, Peter, Gerd Dietrich

Leben mit bipolaren Störungen

Trias Verlag, Stuttgart 2004

ISBN: 978-3830430698, € 19,95

Bräunig, Peter; Petra Wagner

Zwischen den Polen von Manie und Depression

Psychoedukation bei bipolarer Erkrankung. Ein

Wegweiser für Betroffene und Angehörige

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2004

ISBN 978-3-8334-0749-9, € 10,00

Bräunig, Peter; Stephanie Krüger, Yvette Rosbänder

Kinder bipolar erkrankter Eltern

Wie sich die bipolare Erkrankung eines Elternteils

auf die Kinder auswirkt

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2005

ISBN 978-3-8334-2584-4, € 17,50

Geislinger, Rosa; Heinz Grunze

Bipolare Störungen

(manisch-depressive Erkrankungen)

Ratgeber für Betroffene und Angehörige

2. überarbeitete Auflage

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2005

ISBN 978-3831145195, € 8,60

Jelley, Roswitha; Oliver M. Elmer

HOPE – Handlungsorientierte Psycho- edukation bei bipolaren Störungen

DGVT-Verlag, Tübingen 2004

ISBN 978-3871593581, € 14,80

Kingma, Renate (Redaktion)

Mit gebrochenen Flügeln fliegen...

Menschen berichten über bipolare Störungen

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2003

ISBN 978-3833006623, € 28,00

Krüger, Stephanie

Bipolare Störung und Kinderwunsch

Informationen für Ärzte

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2003

ISBN 978-3833006630, € 14,00

Krüger, Stephanie

Mutter werden mit einer bipolaren Störung – was sollte ich wissen?

Ein Ratgeber für Patientinnen

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2003

ISBN 978-3833005954, € 5,00

Langosch, Jens

Vademecum

Bipolare Störungen: Die Pharmakotherapie der
bipolaren affektiven Störungen (manisch-depressive
Erkrankung)

Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.

BoD, Norderstedt 2009, 6. Auflage

ISBN 978-3831145188, € 4,90

Lemke, Matthias R.

Affektive Störungen

Thieme Verlag, Stuttgart 2004

ISBN 978-3131282415, € 49,95

Marneros, Andreas

Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen

Thieme Verlag, Stuttgart 2004

ISBN: 978-3131090928, € 59,95

Meyer, Thomas D.; Martin Hautzinger

Manisch-depressive Störungen

Beltz Psychologie Verlags Union 2004

ISBN 978-3621275514, € 44,90

Müller-Oehrlinghausen, B.; Waldemar Greil

Die Lithiumtherapie

Nutzen, Risiken, Alternativen

Das Buch ist im Handel vergriffen. Restexemplare können bezogen werden bei der DGBS, € 35,00

Schaub, Annette; Britta Bernhard; Letizia Gauck

Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen

m. CD-ROM. Hogrefe-Verlag 2004

ISBN: 978-3801718381, € 39,95

Prinz, Nicole, Hermann Oliver, 2006

DVD: **Die Pole des Saturns**

Bipolar- Leben zwischen Manie und Depression

Erhältlich bei der DGBS

Preis € 14,90 incl. Versand

Gill, Thomas; Schülke, Brigitta

Immer wieder Achterbahn

Leben zwischen Manie und Depression

Psychiatrie Verlag

ISBN: 978-388144657, € 19,95



DGBS-FRAGEBOGEN ZU BIPOLAREN STÖRUNGEN

Die nachstehenden Fragen können Ihnen zur Selbsteinschätzung Ihres persönlichen Befindens dienen. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die auf Sie am besten zutrifft:

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 anschreien 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, einem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einem Psychologischen Psychotherapeuten Kontakt aufzunehmen.

Unter www.dgbs.de/service/dgbs-materialien/ können Sie diesen Fragebogen auch herunterladen und ausdrucken.

Spielball der Gefühle

wie eine Fahne im Wind
du hast die Richtung verloren,
siehst dich hilflos – wie damals als Kind
starke Erinnerungen tauchen immer wieder auf
mitten in diesem Sturm
schaust du dich fragend um –
warum ist es so schwer auf seine Wurzeln zu bauen
und dann darauf zu vertrauen
dass kein Sturm mehr Schaden bringen kann...

Aus der „Gedichtsammlung einer Betroffenen“

Weitere Gedichte finden Sie unter www.dgbs.de/gedichte.html

MITGLIEDSANTRAG

Werden Sie Mitglied der DGBS und unterstützen Sie uns in der Aufklärung über Bipolare Störungen sowie den Dialog zwischen Profis, Betroffenen und Angehörigen.

Zudem genießen Sie als Mitglied der DGBS zahlreiche Vorteile:

- ➔ Sie erhalten regelmäßig Informationen zu Bipolaren Störungen und zu Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen
- ➔ einmal jährlich unsere Mitgliederzeitschrift InBalance
- ➔ Ermäßigung bei den Teilnahmegebühren unserer Jahrestagungen

Bitte trennen Sie den nebenstehenden Coupon ab und senden Sie ihn in einem ausreichend frankiertem Umschlag an die angegebene Adresse.

Mehr Informationen zur Mitgliedschaft, zu deren Vorteilen sowie ein Mitgliedsantrag zum Download finden Sie auf unserer Website unter:

www.dgbs.de/fuer-mitglieder/mitglied-werden/

Absender

Vorname/Titel _____
Name _____
Klinik / Praxis _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Fax _____
E-Mail _____

DGBS

Klinik für Psychiatrie

Heinrich-Hoffmann-Str. 10

60528 Frankfurt/M

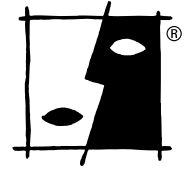
- Ich werde Fördermitglied** und unterstütze die DGBS jährlich mit € _____.
Bitte buchen Sie den Betrag jährlich am _____ von meinem Konto ab.
- Ich werde Mitglied** mit
- 60,00 € Stabilitäts-Mitgliedsbeitrag** pro Jahr
Für alle, denen wichtig ist, dass sich die DGBS stabil, anspruchsvoll und unabhängig weiter entwickelt
 - 40,00 € Standard-Mitgliedsbeitrag** pro Jahr
 - 20,00 € ermäßigter Mitgliedsbeitrag** pro Jahr
für Schüler, Studenten und Geringverdienler (gegen jährl. Nachweis)

Hierfür erteile ich bis auf Widerruf eine Einzugsermächtigung:

IBAN _____
BIC _____
Bank _____
Name Kontoinhaber _____
Datum, Unterschrift _____

DGBS

Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.



DGBS

Postanschrift Geschäftsstelle

DGBS
Klinik für Psychiatrie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60528 Frankfurt/M

Tel.: 0700/333 444 54 (12 Cent/Min)
E-Mail: info@dgb.de
www.dgb.de

Mitgliederzeitschrift InBalance

Verlag: Psychiatrie Verlag GmbH
Ursulaplatz 1
50668 Köln
Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Erscheinungsweise: 1 x p. a.
Der Bezug ist für Mitglieder kostenfrei.

InBalance kann über den Psychiatrie Verlag bezogen werden. Die Preise (Mindestbestellmenge 4 Exemplare) zzgl. Versandkosten:

| | |
|------------|---------|
| Einzelheft | 1,50 € |
| 10 Hefte | 10,00 € |
| 25 Hefte | 20,00 € |

Die Autoren

Prof. Dr. Andrea Pfennig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Prof. Dr. Stephanie Krüger, Zentrum für Seelische Frauengesundheit, Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin

Dr. Norbert Mönter, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin