



**DGBS**

Deutsche Gesellschaft für  
Bipolare Störungen e.V.

## **Chat-Protokoll**

vom Montag, 1. Dezember 2003, 18:00 – 19:00 Uhr

### **Thema: "Diagnose Bipolarer Störungen"**

mit **Prof. Dr. Peter Bräunig**

Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik  
Klinikum Chemnitz

Cornelius:

*Mit welchen Mitteln lassen sich die Diagnosen verbessern (z.B. Überprüfung durch Zweitmeinung) und das Switch-Risiko bei unerkannter Bipolarer Störung durch die Gabe von Antidepressiva ohne Stimmungsstabilisierer verhindern bzw. vermindern?*

Prof. Bräunig:

Besonders wichtig ist es, dass der Untersucher ein im Hinblick auf alle Fragen der Diagnostik und Therapie bipolarer Erkrankungen geschulter und möglichst auch erfahrener Arzt ist. Für den untersuchenden Arzt ist es sehr wichtig, dass er von den betroffenen Patienten und möglichst auch von ihren Angehörigen sehr exakte Informationen zur Krankheitsvorgeschichte erhält. Die bipolare Erkrankung ist eine Krankheit, deren Diagnose durch die Kenntnis der Krankheitsvorgeschichte und des Verlaufes in besonderer Weise abgesichert werden kann. Im Falle der Bipolaren Störung ist deshalb die Anamnese mehr als "die halbe Miete". Selbstverständlich kann es auch hilfreich sein, die Diagnose durch eine Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt abzusichern oder durch die Untersuchung eines zweiten erfahrenen Arztes. Die Anwendung standardisierter Anamnese- und Befunderhebungsinstrumente kann wesentlich dazu beitragen, die Diagnosesicherheit zu erhöhen.

Bei rezidivierenden depressiven Erkrankungen werden Patienten üblicherweise mit Antidepressiva behandelt. Oft ist es für Ärzte schwierig zu erkennen, ob es sich bei der jeweiligen Depression um eine sog. pseudounipolare Depression bei noch "maskierter" bipolarer Erkrankung handelt. Sogenannte weiche bipolare Zeichen sind diagnostische Merkmale, die dem Arzt helfen, "echte" rezidivierende Depressionen von pseudounipolaren bipolaren Depressionen zu unterscheiden. Bei bipolaren/pseudounipolaren Depressionen ist das Switch-Risiko unter der Behandlung mit Antidepressiva höher als bei unipolaren Depressionen. Besonders hoch ist das Switch-Risiko bei agitierten bipolaren Depressionen und bei agitiert-depressiven bipolaren Mischzuständen, die zusätzliche Gabe von Stimmungsstabilisierern reduziert das Switch-Risiko. Ein sehr gutes klinisches Monitoring, also engmaschige und regelmäßige Arztvisiten bzw. Vorstellungen beim niedergelassenen Nervenarzt tragen entscheidend dazu bei, Frühwarnmerkmale für einen Switch zu erkennen und dem rechtzeitig entgegenzuwirken. Deshalb sind Patientenaufklärung und Angehörigeninformation so wichtig.

Bipolare Störung: Diagnose © DGBS, Prof. Dr. Peter Bräunig 2003

**Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.**

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

Tel.: 0700 333 444 54 (12 Ct/Min) · E-Mail: [info@dgbs.de](mailto:info@dgbs.de) · Website: [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de)

Seite 1/7



**DGBS**

Deutsche Gesellschaft für  
Bipolare Störungen e.V.

Peter:

*Wie viele verschiedenen Formen Bipolarer Störungen gibt es?*

Prof. Bräunig:

Es gibt ein ganzes Spektrum verschiedener bipolarer Erkrankungen:

1. Bipolar I Störung mit schweren Depressionen und schweren Manien
2. Die Bipolar II Störung mit schweren Depressionen und leichtgradigen Manien, sogenannten Hypomanien
3. Die Zykllothyme Störung, eine Temperamentsstörung, die sich durch sehr leichtgradige Stimmungstiefs und leichtgradige Stimmungshochs charakterisieren lässt. Das Besondere ist: diese Schwankungen bestehen während der überwiegenden Zeit eines Jahres.
4. Eine weitere Form ist das Rapid Cycling, hier treten bipolare Krankheitsepisoden besonders häufig auf, vier oder mehr Episoden während eines Jahres sind die Regel
5. Die bipolare schizoaffektive Störung zeichnet sich durch schwere manische und schwere depressive Krankheitsepisoden jeweils mit längerzeitig andauernden psychotischen Symptomen (Wahnsymptomatik, Halluzinationen) aus.

Johanna:

*Wonach klassifiziert man bipolare Erkrankungen?*

Prof. Bräunig:

Die bipolare Erkrankung lässt sich einmal nach der Art und nach der Schwere der im Verlauf auftretenden bipolaren Krankheitsepisoden klassifizieren und zum anderen nach der Häufigkeit des Auftretens der bipolaren Episoden.

Zu 1: Bei der Bipolar-I-Störung treten schwere Depressionen und Manien auf. Die Bipolar-II-Störung ist durch schwere Depressionen und leichte Manien (Hypomanien) charakterisiert. Bei der Zykllothymen Störung leiden die Betroffenen während eines Jahres unter sehr leichten depressiven Stimmungsschwankungen und im Wechsel dazu auch unter sehr leichten hypomanischen Veränderungen der Gefühle und der Stimmung. Die schizoaffektive Bipolare Störung ist durch längerzeitiges Auftreten psychotischer Symptome (Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Verhalten) gekennzeichnet.

Zu 2: Es gibt bipolare Erkrankungen, in deren Verlauf Krankheitsepisoden sehr selten auftreten, zum Teil mit mehrjährigen gesunden Intervallen zwischen den Episoden. Das Gegenteil dieser episodensparmen Verläufe ist das Rapid Cycling mit vier oder mehr Krankheitsepisoden während eines Jahres.

tom:

*Ich habe eine Frage zum Verlauf der Erkrankung. Kann es sein, dass sich der Allgemeinzustand bei einer Bipolaren Störung stetig verschlechtert?*

Prof. Bräunig:

Der körperliche Allgemeinzustand verschlechtert sich bei bipolar erkrankten Menschen nur dann stetig, wenn eine ernste körperliche Begleiterkrankung besteht. Dazu sollte man wissen, dass Menschen, die an affektiven Erkrankungen leiden, und die bipolare Erkrankung ist eine affektive Erkrankung, ein erhöhtes Risiko haben, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkranken, z.B. an einem Herzinfarkt. Deshalb ist es unbedingt zu empfehlen, jenseits des 40. Lebensjahres entsprechende Vorsorgeuntersuchungen durch-



**DGBS**

Deutsche Gesellschaft für  
Bipolare Störungen e.V.

führen zu lassen. Der psychische Allgemeinzustand kann sich im Verlauf der Erkrankung dann verschlechtern, wenn Krankheitsepisoden in sehr kurzer zeitlicher Aufeinanderfolge auftreten. Zum Beispiel kann dies der Fall sein, wenn Stressoren unkontrolliert wirksam werden. Gegen das häufige Wiederauftreten bipolarer Episoden kann man wirklich etwas tun: eine regelmäßige medikamentöse Rezidivprophylaxe, Psychoedukation, d.h. Aufklärung über das Wesen der Erkrankung, und Psychotherapie. Stressmanagement, Aktivitätenplanung, Interaktions- und Kommunikationstraining sind sehr hilfreich.

Canisius:

*Ist bei der Diagnose eine sog. Längsschnittbetrachtung wichtig, d.h. die Beobachtung phasenhafter Krankheitsverläufe?*

Prof. Bräunig:

Die Längsschnittbetrachtung ist bei der diagnostischen Einschätzungen bipolarer Erkrankungen unverzichtbar. Ohne eine sehr genaue Analyse des langzeitigen Krankheitsverlaufes kann die Diagnose nicht mit ausreichender Zuverlässigkeit gestellt werden. Die Langzeitdiagnostik ist auch wichtig für die Planung der rückfallverhütenden Pharmako- und Psychotherapie.

Franz:

*Muss ich als Manisch-Depressiver lebenslanglich Medikamente einnehmen?*

Prof. Bräunig:

Die manisch-depressive oder bipolare Erkrankung ist tatsächlich eine Krankheit, bei der die betroffenen Menschen lebenslang damit rechnen müssen, erneut entweder spontan oder in Abhängigkeit von belastenden Lebensereignissen und spezifischen und unspezifischen Stressoren wieder zu erkranken. Der Abstand zwischen den Krankheitsepisoden unterliegt allerdings einer extrem breiten Varianz. Nicht wenige bipolar erkrankte Menschen haben zwischen den Krankheitsepisoden drei, fünf oder mehr als 10 Jahre Ruhe. Andere Betroffene haben jährlich und manche mehrmals jährlich unter den Krankheitsepisoden zu leiden. Wenn die Abstände zwischen den Episoden kürzer sind und die Lebensqualität und das Leistungsvermögen durch die Erkrankung sichtlich beeinträchtigt sind, ist eine medikamentöse Rezidivprophylaxe über längere und oft auch über sehr lange Zeit wirklich ratsam. Wir empfehlen Patienten, die oft, z.B. jährlich, erneut erkranken, unbedingt die Einnahme rezidivprophylaktisch wirksamer Medikamente und die Durchführung einer störungsspezifischen, d.h. auf die bipolare Erkrankungen bezogenen Psychotherapie. Bei bipolaren Erkrankungen ist die Suizidgefahr sehr groß. Die Rezidivprophylaxe wirkt dem entgegen.

Canisius:

*Wie arbeiten in Ihrer Schwerpunktklinik in Chemnitz Psychiater und Diplompsychologen bzw. Psychotherapeuten bei der Diagnose zusammen?*

Prof. Bräunig:

In unserer Klinik wird die Diagnostik durchgehend gemeinsam von Ärzten und Psychologen durchgeführt. Natürlich ist es Aufgabe der Ärzte, Patienten körperlich zu untersuchen. Bei der Lifechart-Diagnostik, bei der Erfassung des Langzeit-Krankheitsverlaufes, bei der diagnostischen Erfassung eventueller komorbider Störungen (z.B. Angst- oder Suchterkrankungen) und bei der diagnostischen Erfassung von Lebenskonflikten, kritischen Lebensereignissen, von Stressoren und Problemen bei der Krankheitsbewältigung (in der Familie oder sonstigem sozialen Umfeld) tragen die psychologischen Kollegen sehr entscheidend zur Diagnostik bei. Die ärztliche Diagnostik ist besonders wichtig für die Planung der medikamentösen

Bipolare Störung: Diagnose © DGBS, Prof. Dr. Peter Bräunig 2003

**Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.**

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

Tel.: 0700 333 444 54 (12 Ct/Min) · E-Mail: [info@dgbs.de](mailto:info@dgbs.de) · Website: [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de)

Seite 3/7



**DGBS**

Deutsche Gesellschaft für  
Bipolare Störungen e.V.

Therapie. Die diagnostischen Schwerpunkte der Dipl.-Psychologen beziehen sich in erster Linie auf sehr individuelle Krankheitsprobleme der Patienten, die dann für die Planung der Psychotherapie und Psychoedukation besonders wichtig werden können. An unserer Klinik werden alle bipolar erkrankten Patienten sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch und psychoedukativ behandelt.

Canisius:

*Sehen Sie in der vorbeugenden Psychoedukation (ex ante) einen Weg, die Diagnosen zu verbessern?*

Prof. Bräunig:

Es ist besonders wichtig, innerhalb der Medizin, aber auch in der Gesellschaft Aufklärungsarbeit in puncto bipolare Erkrankung zu leisten. Eine sog. vorbeugende Psychoedukation kann für bestimmte Patientengruppen sehr sinnvoll sein, um die Diagnose bipolarer Erkrankung nicht zu verfehlen. Empfehlenswert ist eine Psychoedukation ex ante bei Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen. Nicht nur Wissenschaftler machen in ihren Studien die Erfahrung, dass 30 bis 50 % der rezidivierenden depressiven Erkrankungen sich bei genauer Diagnostik, zu der psychoedukativ behandelte und damit informierte Patienten sehr viel beitragen können, als bislang nicht erkannte bipolare Erkrankungen entpuppen. Überwiegend handelt es sich dabei um nicht erkannte Bipolar II Störungen mit schweren Depressionen und leichten Hypomanien. Psychoedukation ex ante kann dazu beitragen, dass Patienten mit wiederkehrenden Depressionen ihrem Arzt oder Psychologen sagen, dass sie das, wovon gerade die Rede ist, nämlich eine Hypomanie, auch schon durchgemacht haben, sie hätten das bislang allerdings nicht für einen krankheitswertigen Zustand gehalten.

Lucy:

*Sie sprechen von PSYCHOtherapie, meist wird den bipolar Erkrankten jedoch Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie verabreicht, die das Erleben und das Verarbeiten meines Erachtens zu wenig berücksichtigt. Wie sehen Sie das?*

Prof. Bräunig:

Es ist richtig, dass gegenwärtig verschiedene verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden bei bipolar erkrankten Menschen präferiert werden. Verhaltenstherapie muss jedoch nicht heißen, dass das Erleben und psychodynamische Gesichtspunkte zu kurz kommen müssen. In der Praxis werden sinnvollerweise die in der Fachliteratur empfohlenen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden nach pragmatischen Gesichtspunkten, die sich wirklich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren, modifiziert. Beispielsweise sind Stressmanagement und Konfliktbewältigungstraining ohne die Berücksichtigung des subjektiven Erlebens und der Psychodynamik nicht effektiv umsetzbar. Deshalb plädiere ich sehr dafür, die Wahl der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden sehr strikt von den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten abhängig zu machen. Es darf Verhaltenstherapie sein, aber die Psychotherapie muss sich nicht auf Verhaltenstherapie begrenzen.

Svenja:

*Welche Symptome haben denn die einzelnen Krankheitsphasen wie die Depression, Manie und Hypomanie bzw. auch die Psychose?*

Prof. Bräunig:

Die häufigsten Symptome der bipolaren Depression sind: Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen, Morgentief, herabgesetzte Stimmung, Schwermut, Ängste, Unruhegefühle, Verlangsamung und Hemmung



**DGBS**

Deutsche Gesellschaft für  
Bipolare Störungen e.V.

verschiedenster seelischer Abläufe und Prozesse (Denken, Gefühle, Motorik/Handeln), Hemmung der Gefühle, "Gefühl der Gefühllosigkeit", Antriebsmangel, Interesselosigkeit, Motivationsprobleme, Mutlosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Selbstwertprobleme, Schuldgefühle, Pessimismus, Lebensüberdruß, Suizidalität, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und gelegentlich auch vorübergehende Gedächtnisstörungen.

Die häufigsten Symptome der Manie sind: gehobene euphorische oder dysphorisch gereizte Stimmung, aufgeregte und labile, unvermittelt wechselnde Emotionen, Beschleunigung verschiedener psychischer Abläufe - Denken (Ideenflucht, Gedankenrasen), Sprache (Logorrhoe, Rededrang), Motorik/Handeln (Beschäftigungsdrang, Sprunghaftigkeit im Handeln, motorische Unruhe), gehobenes Selbstwertgefühl, Größenideen, vermindertes Schlafbedürfnis und vieles mehr.

Petra:

*Ich würde gern mal zu einem Arzt gehen und mich diesbezüglich untersuchen lassen bzw. informieren. Ich habe aber nicht den Mut, zu meinem Hausarzt zu gehen. Können Sie irgendwelche Tipps geben?*

Prof. Bräunig:

Natürlich würde ich Ihnen gern Mut machen und Ihnen sagen, fassen Sie sich doch ein Herz und sprechen Sie Ihren Hausarzt an. Wenn es aber wirklich nicht geht, dann rate ich Ihnen, sich an einen Psychiater oder an den sozialpsychiatrischen Dienst Ihrer Stadt oder Region zu wenden. In vielen Städten und Regionen gibt es Einrichtungen der psychosozialen Beratung. Was ich Ihnen unbedingt rate: wenden Sie sich an die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS), z.B. über das Internet: [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de). Die DGBS wird Ihnen dabei helfen, in Ihrer Region einen Arzt oder Psychologen zu finden.

Petra:

*Kann man mit über 60 Jahren noch bipolar erkranken?*

Prof. Bräunig:

Der Beginn einer bipolaren Erkrankung jenseits des 60. Lebensjahres ist extrem selten. Es gibt allerdings tatsächlich Menschen, die in ihrem Leben weitgehend unbemerkt mit leichten Stimmungsschwankungen im manischen oder depressiven Bereich zu tun hatten, vielleicht auch mal mit einer nicht allzu ernst genommenen eher leichtgradigen Depression und dann jenseits des 60. Lebensjahres erstmals an einer Manie erkranken. Solche Spätmanien sollten allerdings erst dann als Ausdruck einer bipolaren Erkrankung angesehen werden, wenn zahlreiche Differenzialdiagnosen wirklich sicher ausgeschlossen sind. Sollten Sie einen entsprechenden Verdacht bei sich selbst haben, rate ich Ihnen, sich unbedingt an einen Psychiater zu wenden.

ulli:

*Welche von den alternativen und Energiemethoden, esoterischen Methoden könnten Sie empfehlen? Homöopathie, Reiki, Hellinger, Meridiantherapie, Reinkarnationstherapie, Besuche bei Heilpraktikern und Geistheilern?*

Prof. Bräunig:

Aus meiner langjährigen ärztlichen Erfahrung weiß ich, dass manche bipolar erkrankte Menschen in spirituellen und alternativen Heilmethoden Hilfe suchen. Natürlich werden wir als Ärzte, denen das Wohl unserer Patienten am Herzen liegt, auf persönliche Krankheitskonzepte versuchen Rücksicht zu nehmen.



**DGBS**

Deutsche Gesellschaft für  
Bipolare Störungen e.V.

Dennoch kann ich Ihnen keine der von Ihnen erwähnten Methoden zur Behandlung Ihrer oder einer bipolaren Erkrankung wirklich guten Gewissens empfehlen.

Sebastian:

*Wie hoch sind die Chancen einer Heilung der Bipolaren Störung? Und wie lange können depressive Phasen andauern?*

Prof. Bräunig:

Die Chancen, bipolare Krankheitsepisoden so effektiv zu behandeln, dass sich die Symptomatik vollständig zurückbildet, sind wirklich sehr hoch. Genauer: bei den meisten Patienten, die wir heute in Kliniken behandeln, bildet sich die bipolare Symptomatik innerhalb eines Jahres stabil zurück. Wichtig ist es, die medikamentöse Behandlung über die akute Krankheitsphase hinaus auch in der Stabilisierungsphase zuverlässig fortzuführen, um einen frühen Rückfall zu vermeiden.

Depressive Krankheitsepisoden dauern im Schnitt vier bis acht Monate. Bei einem Drittel der Patienten kann in etwa einem Vierteljahr durch medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung eine stabile Symptomkontrolle erreicht werden, bei einem weiteren Drittel der Patienten gelingt dies zwischen dem dritten und neunten Behandlungsmonat. Wir dürfen allerdings auch nicht übersehen, dass bipolar-depressive Krankheitsepisoden auch länger als neun bis zwölf Monate dauern können.

Caesar:

*Besteht ein Zusammenhang zwischen den Begleiterscheinungen einer schizoaffectiven Psychose, ich meine eine akute extrapyramidale Symptomatik, und den Jahreszeiten, besonders dem Herbst?*

Prof. Bräunig:

Die von Ihnen erwähnten Zusammenhänge sind mir in der genannten Form nicht bekannt. Allerdings ist folgendes denkbar: Patienten mit schizoaffectiven Psychosen werden heute noch sehr oft mit sog. typischen Neuroleptika behandelt. Während manischer Krankheitsphasen oder euthymer Krankheitsphasen kann bei gut angepasster Dosierung das Auftreten extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen vermieden werden oder die EPS sind minimal. Wenn dann allerdings im Herbst eine subdepressive oder depressive Krankheitssymptomatik manifest werden sollte, können EPS auftreten. Wissenswert ist: Bei gleicher Neuroleptikadosis treten extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen sehr viel häufiger und schwerer im Zustand der Depression als während einer Manie oder Euthymie auf.

robert:

*Kann ich als zurzeit gesunder Mensch mit bipolarem Krankheitsmuster wieder einer geregelten Arbeit nachgehen?*

Prof. Bräunig:

Selbstverständlich können Sie das. Bitte denken Sie daran, mit Ihrem Arzt sehr genau über die für Sie geeignete Rezidivprophylaxe zu sprechen. Ein geregelter Lebensrhythmus ist bei berufstätigen bipolar erkrankten Menschen besonders wichtig. Stressmanagement ist keine hohle Therapeutenphrase, für Sie kann es genauso wichtig sein wie die medikamentöse Rezidivprophylaxe.



**DGBS**

Deutsche Gesellschaft für  
Bipolare Störungen e.V.

Petra:

*Mein Vater war manisch-depressiv. Kann sich die Krankheit nicht in die nächste, sondern in die zweite Generation vererben? Wie könnte ich meine Kinder auf die Krankheit hin untersuchen lassen?*

Prof. Bräunig:

Ein gehäuftes Vorkommen bipolarer Erkrankungen in Familien gibt es tatsächlich. Dennoch gibt es bis heute keinen Hinweis dafür, dass die bipolare Erkrankung eine sog. klassische Erbkrankheit ist. Selbst eineiige Zwillinge erkranken nicht mit hundertprozentiger Übereinstimmung. Deshalb können wir sicher sagen, dass nicht-genetische Faktoren bei der Krankheitsentwicklung eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Es gibt keinen Gentest für die bipolare Erkrankung. Ich kann gut verstehen, wenn Sie sich um Ihre Kinder sorgen. Aber bitte keine Panik! Geben Sie acht auf Ihre Kinder, aber verunsichern Sie sie nicht, etwa mit Untersuchungen, die den von Ihnen gewünschten Gewinn an Informationen und Zukunftssicherheit nicht erbringen können. Eine Empfehlung könnte beispielsweise so aussehen, dass Sie in Ihrer Familie offen über die bei Angehörigen früherer Generationen aufgetretene Erkrankung sprechen und auch darüber, welche Symptome bei dieser Erkrankung auftreten können. Ich rate zur Sachlichkeit. Oft werden die Gefahren überschätzt.

Cornelius:

*Wie kann die diagnostische Praxis der ambulant und stationär tätigen Psychiater verbessert werden?*

Prof. Bräunig:

Für die Psychiater heißt das Zauberwort in diesem Fall FORTBILDUNG. Der Informationsbedarf ist auch bei Fachärzten riesengroß. Sicher wird es zukünftig Ärzte geben müssen, die sich auf die Behandlung von Patienten mit affektiven Erkrankungen, zu denen die bipolare Erkrankung zählt, spezialisieren. Ich plädiere sehr für die Zertifizierung von Ärzten, Arztpraxen und Krankenhäusern durch ein spezielles "bipolares" Fortbildungs-Diplom.