



DGBS

Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.

Chat-Protokoll

von Mittwoch, 6. Oktober 2004, 18:00 – 19:00 Uhr

Thema: Diagnose und Therapie Bipolarer Störungen

mit **Prof. Dr. Dr. Michael Bauer**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Campus Mitte, Berlin

Moderation:

Herzlich Willkommen! Liebe Teilnehmer, der Chat ist eröffnet, stellen Sie Ihre Fragen. Bitte beachten Sie, dass die Fragen vor der Veröffentlichung von der Moderation geprüft werden.

Johanna:

Ich hatte vor 3 Jahren eine Schilddrüsenoperation (Struma). Kann ich deswegen trotzdem mit Lithium behandelt werden?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Einer Behandlung mit Lithium steht nichts im Wege. Lithium kann zwar gelegentlich als Nebenwirkung die Schilddrüsenproduktion einschränken, bei sorgfältiger Kontrolle der Schilddrüsenhormone und des TSH kann dies jedoch rasch erkannt und entsprechend gegengesteuert werden. Letzteres erfolgt mit einer Schilddrüsenhormonsubstitution.

Jürgen:

Ich bin bipolar II und bekomme als Phasenprophylaxe Carbamazepin (2x 300 mg täglich). Da ich unter anhaltenden Depressionen leide, nehme ich zusätzlich 240 mg Noveril, aber auch das hilft nicht ausreichend. Ist ein Verzicht auf Phasenprophylaxe möglich, und wenn ja, unter welchen Bedingungen? Ich stelle mir vor, im Fall von beginnenden Manien dann nach Absprache mit meinem Arzt sofort Neuroleptika zu nehmen.

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Carbamazepin kann gut vor einer Manie schützen. Die Behandlung der Bipolar II Störung erfordert aber in der Regel auch eine zusätzliche Behandlung mit einem Antidepressivum. Wenn Carbamazepin nicht hilft, sollte ein Versuch mit einem anderen Phasenprophylaktikum (z.B. Lithium oder Lamotrigin) versucht werden. Gänzlich auf Phasenprophylaktika zu verzichten, empfehle ich nicht.

kaktusengel:

Sehr geehrter Prof. Bauer, zurzeit nehme ich bei Bipolar I Störung Lamotrigin, da ich schwanger bin und dies als am besten geeignet scheint. Welche Phasenprophylaxe ist nach der Schwangerschaft sinnvoll? Habe 10 Jahre sehr erfolgreich Lithium genommen, musste es wegen einer chronischen Nierenerkrankung aber absetzen. Ich darf daher auch auf keinen Fall mehr zunehmen.



Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Wenn Ihnen Lamotrigin in der Schwangerschaft gut hilft, empfehle ich es weiter zu nehmen. Ansonsten stehen Valproat oder Carbamazepin zur Auswahl.

Sonnenbummler:

Gibt es eine Alternative zu Levomepromazin-neuraxpharm? Ich nehme drei bis sieben Tropfen zum Schlafen, aber es wirkt sich auf den Augendruck aus, der über der Grenze liegt.

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Ja, z. B. Taxilan oder Seroquel.

Frank:

Guten Tag. Was halten Sie nach heutigem Wissensstand von 'lebenslanger' Phasenprophylaxe, also nicht nur zeitweiser Phasenprophylaxe? Generell ja oder gibt es auch andere Sichtweisen dazu, Verhaltenstherapie, Psychoedukation, Selbstbeobachtung usw.?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Das hängt vor allem davon ab, wie der bisherige Krankheitsverlauf bei Ihnen war. Also, wenn Sie viele und schwere Phasen hatten, empfiehlt sich die lebenslange Phasenprophylaxe. Verhaltenstherapie, Psychoedukation und Selbstbeobachtung sind hervorragende Ergänzungsmöglichkeiten. Sich aber ganz darauf zu verlassen, ist nicht zu empfehlen.

Frau Lampe:

Zum Thema rapid cycling: Ist die Behandlung mit Lithium in Kombination mit Valproat zu empfehlen? Warum wird immer wieder von Reisen abgeraten? Wird das Problem des Rapid Cycling auf der DGBS-Tagung 2005 in Bonn intensiver behandelt?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Frage 1: Lithium und Valproat ist eine gute Kombination, es gibt aber auch noch andere, z.B. Lithium und Carbamazepin, Lithium und Lamotrigin oder eine 3er Kombination aus Phasenprophylaktika.

Frage 2: Das kann ich so nicht bestätigen. Natürlich können Menschen mit Bipolaren Störungen reisen! Kritisch können allerdings Reisen mit sehr großer Zeitverschiebung (größer als 6 h) sein, da es zu manischen oder depressiven Rezidiven kommen kann.

Frage 3: Das Programm steht noch nicht fest. Sie können das Thema aber gern der DGBS vorschlagen.

Frank:

Laut einem DGBS-Dokument wird neuerdings angemerkt, dass manisch-depressiv sein auch ätiologische, biologische Ursachen hat - in Bezug worauf? Heißt das, wir werden uns immer etwas intensiver freuen, ärgern und andere Gefühle haben als andere Menschen? Ich finde daran ja nichts Schlimmes, aber was bedeutet das für Therapien, gibt es ein austherapiert sein Ihrer Meinung nach?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Bei der Suche nach den Ursachen der Bipolaren Störungen hat sich in den letzten Jahren zunehmend gezeigt, dass biologisch-genetische Faktoren eine bedeutende Rolle spielen. Die weitere Untersuchung dieser Faktoren soll helfen, gezielter als bislang möglich neue Therapiemöglichkeiten zu entdecken.



Jürgen:

Zusätzlich zu Carbamazepin und Noveril muss ich wegen Bluthochdrucks Betablocker (50 mg Carvedilol) nehmen. Seitdem fühle ich mich oft müde und schlafe dennoch wenig. Kann da ein Zusammenhang bestehen und/oder gibt es andere Wechselwirkungen?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Ja. Beta-Blocker sind nicht bei Menschen mit Depressionen zu empfehlen, da sie selber Depressionen verstärken oder sogar auslösen können. Es gilt daher die Empfehlung, andere Medikamente (z.B. ACE-Hemmer) einzusetzen. Dies sollte allerdings mit einem Internisten besprochen werden.

Max:

Was genau war für Sie der Anlass, Schilddrüsenprobleme in Relation zu Bipolaren Störungen zu untersuchen? Und ab wann empfehlen Sie bei Hypothyreose Lithium abzusetzen?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Dass es einen Zusammenhang zwischen Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) und Depressionen gibt, ist schon seit 1890 bekannt. Menschen mit primärer Hypothyreose leiden fast immer auch unter Depressionen. Ich empfehle unter Lithiumbehandlung bei Eintreten von Hypothyreose, nicht das Lithium abzusetzen (es sei denn, es hat sich klar erwiesen, dass Lithium in diesem Fall nicht geholfen hat), sondern die fehlenden Schilddrüsenhormone durch eine sogenannte Substitutionstherapie mit L-Thyroxin (T4) zu ersetzen.

Lucy:

Kommen Sie in der Klinik in Kontakt mit manisch-depressiven PatientInnen leichten bis mittleren Schweregrades, die eine medikamentöse Behandlung ablehnen und psychotherapeutische Hilfe wünschen? Haben Sie selbst damit Erfahrungen machen können oder wissen Sie von KollegInnen, die die manisch-depressive Erkrankung ohne Medikamentenverabreichung behandeln konnten?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Ja, solche PatientInnen kenne ich. Zur Akutbehandlung leichter depressiver Episoden kann eine auf die Depression ausgerichtete, spezifische Psychotherapie ausreichend sein. Die längerfristige prophylaktische Behandlung mit Psychotherapie als alleinige Therapie wurde bislang nicht wissenschaftlich untersucht.

michael:

Ist eine tiefenpsychologische Therapie ratsam für einen Manisch-Depressiven, welche Erfahrungen gibt es?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Es gibt keine wissenschaftlichen Studien, die belegen, dass eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei manisch-depressiven Menschen zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes führt. Im Gegensatz dazu konnte Letzteres mit kognitiver Verhaltenstherapie (zusätzlich zur medikamentösen Prophylaxe) im vergangenen Jahr in einer großen Studie bewiesen werden. Im Einzelfall muss man allerdings prüfen, ob eine Indikation zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nicht doch vorliegt.



kaktusengel:

Gibt es direkt nach der Schwangerschaft eine Möglichkeit, einer Wochenbettpsychose vorzubeugen? Prophylaktisch atypische Neuroleptika?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Engmaschige psychiatrische Betreuung, sofern das Stillen (Übertritt von Medikamenten in die Muttermilch!) keine Rolle spielt, kann eine prophylaktische Therapie mit atypischen Neuroleptika, die zugelassen sind für Bipolare Störungen, versucht werden. Allerdings gibt es hierzu noch keine Belege aus wissenschaftlichen Untersuchungen.

Frank2:

Ich habe grosses Verständnis, dass Sie ihre Antworten nur allgemein halten können. Kennen Sie evtl. Einzelfälle, die ohne eine lebenslange Phasenprophylaxe trotzdem zurecht kommen? Können Sie das hier in diesem Rahmen sagen?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Ja, kenne ich. Aber als Arzt muss ich darauf hinweisen, dass Menschen mit gesicherter Diagnose einer Bipolaren Störung ein hohes Rückfallrisiko haben, mit all den möglichen Konsequenzen, z.B. Depression mit Suizidalität.

Frank4:

Vielen Dank für diese mutige Antwort. Ich bin auch der Meinung, dass man das sehr individuell behandeln kann. Ja, und seit 2 Jahren geht es mir gut, mit Höhen und Tiefen. Danke schön!

dan:

Unsere Tochter (17,5 Jahre, 68 kg) wird mit 1800 mg Orfiril behandelt, seit der Entlassung aus der Klinik. Subjektiv fühlt sie sich verlangsamt und leidet stark unter depressiven Verstimmungen. Kann Orfiril verringert werden? Kann es mit Antidepressiva kombiniert werden? Welche zusätzliche Möglichkeit bieten Schilddrüsenhormon-Gaben?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Vermutlich hat der behandelnde Arzt die Dosis so gewählt (tatsächlich etwas hoch), weil eine niedrigere Dosis möglicherweise nicht geholfen hat. Falls der Blutspiegel von Valproat zu hoch ist (> als 100), sollte die Dosis reduziert werden. Entscheidend aber ist, dass die depressiven Verstimmungen wirksam behandelt werden. Hier empfiehlt sich eine zusätzliche Gabe eines Antidepressivums, (z.B. Venlafaxin oder ein sogenannter SSRI). Die zusätzlich Gabe von Schilddrüsenhormonen ist derzeit nur unter zwei Bedingungen möglich:

1. Es liegt eine Unterfunktion vor.
2. Die etablierten Behandlungsmöglichkeiten greifen nicht.

michael2:

Was halten Sie von Erfahrungsberichten manisch-depressiver Menschen, die nach langer Phase ohne starke Schwankungen die Medikamente ausgeschlichen haben und nun völlig ohne Psychopharmaka auskommen (mir ist klar, dass dies nur ein geringer Anteil von Betroffenen ist)?



Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Schön für die Betroffenen, aber wie Sie schon sagen, passiert dies leider selten. Auf jeden Fall sollten der Betroffene und sein soziales Umfeld darüber aufgeklärt sein, dass es auch nach langen Zeiten ohne Zeichen der Erkrankung relativ plötzlich wieder zu Rückfällen kommen kann.

Francis:

Wie würden Sie vorgehen, wenn eine Schilddrüsenunterfunktion aufgrund der Lithiumtherapie erst beginnt? Bis zu wie viel mg eines Hormonpräparats würden Sie empfehlen, bevor man erwägt, Lithium abzusetzen?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Es gibt praktisch keine Grenze nach oben. Lithium-induzierte Unterfunktionen der Schilddrüse sind immer mit einer Substitutionsbehandlung mit L-Thyroxin behandelbar. Manchmal reichen schon 50 Mikrogramm, die in der Regel benötigten Dosierungen liegen im Bereich 100 - 150 Mikrogramm.

michael3:

Warum landen so viele Manisch-Depressive auf den geschlossenen Abteilungen der Psychiatrien, wo viele seelische 'Verletzungen' erfolgen, warum können Manisch-Depressive nicht besser versorgt werden? Ich habe schon oft auf der geschlossenen geparkt, bis ein Platz in der offenen Station frei wurde.

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Es gibt leider in Deutschland noch keine spezialisierten, stationären Behandlungsmöglichkeiten für Bipolare Störungen, geschweige denn spezialisierte Kliniken. Eine Aufgabe der DGBS ist es, auf Versorgungsdefizite hinzuweisen und für Verbesserungen zu sorgen.

michael3:

Was verstehen Sie unter kognitiver Verhaltenstherapie?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Eine Form der Verhaltenstherapie, bei der es vor allem darum geht, u.a. sogenannte dysfunktionale Gedanken (z.B. "mit meinen Talenten kann man sowieso nichts anfangen") aufzugreifen und entsprechend therapeutisch zu bearbeiten.

Blume:

Seit etwa sieben Jahren geht es mir immer ein halbes Jahr gut, dann wieder ein halbes Jahr schlechter (früher war es im Sommer gut, jetzt eher im Winter). Aus meinen Erinnerungen an früher kann ich sagen, dass ich mich extrem gut gefühlt habe, auch ziemlich wenig geschlafen habe, seit einigen Jahren fühle ich mich, wenn es mir gut geht aber normal gut. Nun kommt noch erschwerend hinzu, dass mein Vater und mein Bruder manisch-depressiv sind und beide mit Lithium behandelt werden. Ich frage mich nun, ob ich auch bipolar II bin, wegen der wiederkehrenden Phasen. Diesen Sommer habe ich gedacht, dass ich es nicht ertragen kann, immer in solchen Phasen zu leben, hatte dann noch Probleme im Studium und musste zum ersten Mal Antidepressiva nehmen. Meine Frage: könnte ich bipolar II sein und wäre es dann besser, Lithium zu nehmen oder sollte ich es erst einmal so, mit Therapie und ohne Lithium versuchen?

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Falls die Lithiumbehandlung bei ihrem Vater und/oder Bruder angeschlagen hat, rate ich Ihnen dringend,



DGBS

Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V.

ebenfalls Lithium vorbeugend einzunehmen. Diese Empfehlung ist unabhängig davon, ob man Sie als bipolar I oder II einstuft. Bei dieser familiären (genetischen) Belastung ist die Wahrscheinlichkeit relativ hoch, dass Sie bei den geschilderten Symptomen und jahreszeitlichen Schwankungen ebenfalls unter einer bipolaren Erkrankung leiden. Ich empfehle Ihnen zur weiteren Konsultation eine Vorstellung bei einem Facharzt für Psychiatrie.

Moderation:

Liebe Teilnehmer, das war's für heute. Der Chat wird gleich geschlossen. Wir danken für die Teilnahme!

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer:

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer, vielen Dank für die rege Teilnahme an unserem heutigen DGBS-Chat. Es hat Spaß gemacht. Wenn Sie wegen einer bipolaren Erkrankung Fragen haben, gibt Ihnen die Website der DGBS viele Hinweise! Mit vielen Grüßen: Michael Bauer aus Berlin.