

 [Diese Seite jetzt drucken](#)

**Ausdruck vom 03.12.2003 von
www.dgbs.de**

Adresse dieser Seite:
[http://dgbs.de/wissen/chat-
protokolle/profbraeuning.php](http://dgbs.de/wissen/chat-protokolle/profbraeuning.php)

Geschäftsstelle:

Deutsche Gesellschaft für Bipolare
Störungen e.V. (DGBS e.V.)
Postfach 920249
21132 Hamburg

Tel.: 040/85 40 88 83
E-mail: info@dgbs.de

**Chat Protokoll vom
Montag, 1. Dez. 2003 18.00 – 19.00 Uhr**

**"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 Frage 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 mglst. auch von ihren Angehörige nsehr exakte Inforamtionen zur Krankheitsvorgesichte erhält. Die bip. Erkrankung ist eine Krankheit, deren Diagnose durch die Kenntnis der Krankheitsvorgesichte und des Verlaufes in besonderer Weise abgesichert werden kann. Im Falle der bip. Erkrankung 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" bip. Erkrankung handelt. Sogenannte weiche bip. 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 bip. Depressionen und bei agitiert-depressiven bip. Mischzuständen, die zusätzliche Gabe von Stimmungsstabilisierern reduziert das Switch-Risiko. Ein sehr gutes klinisches Monitoring, d. h. engmaschige und regelmäßige Arztvisiten bzw. Vorstellungen beim niedergelassenen Nervenarzt tragen entscheidend dazu bei, Frühwarnmerkmale für einen Switch zu erkennen u. dem rechtzeitig entgegenzuwirken. Deshalb sind Patientenaufklärung und Angehörigeninformation so wichtig.
(Antwort auf 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?")

Peter: Wie viele verschiedenen Formen bipolarer Störungen gibt es?

Prof. Bräunig: Es gibt ein ganzes Spektrum verschiedener bip. Erkrankungen:

1. Bipolar 1 Störung mit schweren Depressionen und schweren Manien
2. Die Bipolar 2 Störung mit schweren Depressionen und leichtgradigen Manien, sog. Hypomanien
3. Die Zylothyme Störung, einer 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 bip. Krankheitsepisoden besonders häufig auf, 4 oder mehr Episoden während eines Jahres sind die Regel.
5. Die bip. Schizoaffective 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?

Moderation: Hallo Tom! Deine Frage ist angekommen und wird in Kürze freigeschaltet.

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

Zu 1. Bei der Bipolar 1 Störung treten schwere Depressionen und Manien auf.

Die Bipolar 2 Störung ist durch schwere Depressionen und leichte Manien (Hypomanien) charakterisiert.

Bei der Zylothymen Störung leiten die Betroffenen während eines Jahres untersehr leichte ndepressiven Stimmungsschwankungen und im Wechsel dazu auch unter sehr leichten Hypomanischen Veränderungen der Gefühle und der Stimmung.

Die schizoaffective bip. Störung ist durch längerzeitiges Auftreten psychotischer Symptome (Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Verhalten) gekennzeichnet.

Zu 2. es gibt bip. Erkrankungen, in deren Verlauf Krankheitsepisoden sehrselten auftreten, zu mteil mit mehrjährigen gesunden Intervallen zwischen den Episoden.

Das Gegenteil dieser episodenarmen Verläufe ist das Rapid Cycling mit 4 oder mehr Krankheitsepisoden während eines Jahres.

tom: hallo..habe eine frage zum verlauf der erkrankung...kann es sein ,dass sich der allgemeinzustand bei einer bps stetig verschlechtert?

Moderation: Canisius, Franz, Eure Fragen stehen in der Warteschleife und werden bald freigeschaltet.

Prof. Bräunig: Der körperliche Allgemeinzustand verschlechtert sich bei bip. erkrasnkten Menschen nur dann stetig, wenn eine ernste körperliche Begleiterkrankung besteht.

Dasz usollte man wissen, dass ;Menschen, die an affektiven Erkrankunge nleiden, und die bip. 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 entspr.

Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen.

Der psychische Allgemeinzustand kann sich im verlauf der Erkrkankung dann verschlechtern, wenn Krankheitsepisoden in sehr kurzer zeitlicher Aufeinanderfolge auftreten. Z. B. kann dies der Fall sein, wenn Stressoren unkontrolliert wirksam werden. Gegen das häufige Wiederauftreten bip. episoden kann man wirklich etwas tun:

eine regelmäßige medikamentöse Rezidivprophylaxe, Psychoedukation, d. h. Aufklärung über das Wesen der Erkrankung, und Psychotherapie, z. B. Streßmanagement, Aktivitätenplanung, Interaktions- und Kommunikationstraining sind sehr hilfreich.

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

Prof. Bräunig: Die Längsschnittbetrachtugn ist bei der diagn. Einschätzungen bip.

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 lebenslänglich medikamente einnehmen?

Prof. Bräunig: Die manisch-depressive oder bip.- 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.

Biucht wenige bip. erkrankte Menschen haben zwischen den Krankheitsepisoden 3, 5 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 rezidivprophylaktischer wirksamer Medikamente und die Durchführung einer störungsspezifischen, d. h. auf die bip. Erkrankungen bezogenen Psychotherapie. Bei bip. Erkrankungen ist die Suizidgefahr sehr groß. Die Rezidivprophylaxe wirkt dem entgegen.

Canisius: Wie arbeiten in Ihrer Schwerpunktambulanz in Chemnitz Psychiater und Dipl. Psychologen/Psychotherapeuten bei der Diagnose zusammen?

Moderation: Hinweis: Sollte sich die Seite bei Ihnen längere Zeit nicht aktualisieren, so klicken Sie mit der rechten Maustaste auf den weißen Bereich und wählen dann dort im Menü "Aktualisieren" aus.

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 sonst. soz. Umfeld) tragen die psychologischen Kollegen sehr entscheidend zur Diagnostik bei.

Die ärztl. Diagnostik ist besonders wichtig für die Planung der medikamentösen Therapie. Die diagnostischen Schwerpunkte der Dipl.-Psych. beziehen sich in erster Linie auf sehr individuelle Krankheitsprobleme der Patienten, die dann für die Planung der Psychotherapie u. Psychoedukation besonders wichtig werden können.

An unserer Klinik werden alle bip. erkrankten Pat. sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch und psychoedukativ behandelt.

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

Moderation: Liebe Teilnehmer: Trauen Sie sich! Es ist noch genug Zeit Ihre Fragen zu beantworten.

Prof. Bräunig: Es ist besonders wichtig, innerhalb der Medizin, aber auch in der Gesellschaft Aufklärungsarbeit in puncto bip. Erkrankung zu leisten.

Eine sog. vorbeugende Psychoedukation kann für bestimmte Patientengruppen sehr sinnvoll sein, um die Diagnose bip. Erkrankung nicht zu verfehlen:

Empfehlenswert ist eine Psychoedukation ex ante bei Pat. mit rezidivierenden depressiven Störungen. Nicht nur Wissenschaftler machen in ihren Studien die Erfahrung, dass 30-50% der rezidivierenden depressiven Erkrankungen sich bei genauer Diagnostik, zu der psychoedukativ behandelte und damit informierte Pat. sehr viel beitragen können, als bislang nicht erkannte bip. Erkrankungen entpuppen. Überwiegend handelt es sich dabei um nicht erkannte Bipolar 2 Störungen mit schweren Depressionen und leichten Hypomanien. Psychoedukation ex ante kann dazu beitragen, dass Patienten mit wiederkehrenden Depressionen ihrem Arzt o. Psych. 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 VT und kognitiver VT verabreicht, die Erleben und das Verarbeiten m.E.zu wenig berücksichtigt. Wie sehen Sie das ?

Moderation: Svenja, deine Frage ist in der Warteschleife.

Prof. Bräunig: Es ist richtig, dass gegenwärtig verschiedene verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden bei bip. Erkrankten Menschen präferiert werden. VT muss jedoch nicht heißen, dass das Erleben und das psychodynamische Gesichtspunkte zu kurz kommen müssen.

In der Praxis werden sinnvollerweise die in der Fachliteratur empfohlenen psychotherap. Behandlungsmethoden nach pragmatischen Gesichtspunkten, die sich wirklich an den Bedürfnissen der Pat. orientieren, modifiziert.

Bspw. sind Stressmanagement und Konfliktbewältigungstraining ohne die Berücksichtigung des subjektiven Erlebens und der Psychodynamik nicht effektiv umsetzbar. Deshalb plädiere ich sehr dafür, die Wahl der psychotherap. Behandlungsmethoden sehr strikt von den jeweiligen Bedürfnissen der Pat. abhängig zu machen. Es darf VT sein, aber die Psychotherapie muss sich nicht auf VT begrenzen.

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

Moderation: Liebe Teilnehmer. Es sind aktuell 7 Fragen in der Warteschleifen. Wir bitten um etwas Geduld bis Ihre Frage veröffentlicht wird.

Stellen sie aber ruhig Ihre Frage. Jede Frage wird in der Warteschleife gespeichert.

Canisius: Ich muß jetzt zu einem anderen Termin. Ihnen und Herrn Springub danke ich für Ihre Auskünfte und Hilfe. Herzlichen Dank Canisius

Prof. Bräunig: Die häufigsten Symptome der bip. Depression sind:

Ein- und Durchschlafstörungen

Früherwachen

Morgentief

herabgesetzte Stimmung

Schwermut

Ängste

Unruhegefühle

Verlangsamung und Hemmung verschiedenster seelischer Abläufe und Prozesse - Denken, Gefühle, Motorik/Handeln

Hemmung der Gefühle - "Gefühl der Gefühllosigkeit"

Antriebsmangel, Interessenlosigkeit, Motivationsprobleme

Mutlosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle u. a. Selbstwertprobleme

Schuldgefühle, Pessimismus, Lebensüberdruß, Suizidalität,

Konzentrations-Aufmerksamkeits- und gelegentlich auch vorübergehende Gedächtnisstörungen

Die häufigsten Symptome der Manie sind:

gehobene euphorische oder disphorisch gereizte Stimmung,

aufgeregte und labile unvermittelt wechselnde Emotionen

Beschleunigung verswch. psychische Abläufe - Denken (Ideenflucht, Gedankenrasen), Sprache (Logorrhoe, Rededrang), Motorik/Handeln (Beschäftigungsdrang, Sprunghaftigkeit im Handeln, mot. Unruhe)

gehobenes Selbstgefühl, Größenideen

vermindertes Schlafbedürfnis u. v. a.

Petra: Ich würde gern mal zu einem Arzt gehen und mich diesbezüglich untersuchen 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 Nervenarzt 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 bip. Störungen - DGBS e. V., z. B. über das Internet: 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 bip. 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 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 Spätamniene sollten allerdings erst dann als Ausdruck einer bip. Erkrankung angesehen werden, wenn zahlreiche Differenzialdiagnosen wirklich sicher ausgeschlossen sind.

Sollten Sie einen entspr. Verdacht bei sich selbst haben, rate ich Ihnen, sich unbedingt an einen Nervenarzt 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 Pat. am Herzen liegt, auf persönliche Krankheitskonzepte versuchen Rücksicht zu nehmen.

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

Sebastian: Wie hoch sind die Chancen einer Heilung einer Bipolaren Störung 1? Und wie lange können depressive Phasen andauern?

Moderation: Liebe Teilnehmer. Der Chat geht bis 19 Uhr, ab diesem Zeitpunkt können keine weiteren Fragen gestellt werden.

Alle Fragen, die noch nicht beantwortet sind werden allerdings gespeichert und in den nächsten Tagen beantwortet. Sie können diese Antworten dann im Protokoll nachlesen, welches nachher auf www.dgbs.de veröffentlicht wird.

Moderation: Hinweis: Prof. Bräunig wird noch bis ca. 19:20 Uhr Fragen beantworten. Sie können also noch im Chat bleiben. Wir geben bescheid, sobald die letzte Frage für Heute beantwortet wurde.

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 bip. 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 4-8 Monate. Bei einem Drittel der Pat. kann in etwa einem Vierteljahr durch medikam. und psychotherasp. Behandlung eine stabile Symptomkontrolle erreicht werden, bei einem weiteren Drittel der Pat. gelingt dies zwischen dem 3. und 9. Behandlungsmonat.

Wir dürfen allerdings auch nicht übersehen, dass bipolar-depressive Krankheitsepisoden auch länger als 9-12 Monate dauern können.

Caesar: Besteht ein Zusammenhang zwischen den Begleiterscheinungen einer schizoaffektiven 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: Pat. mit schizoaffektiven 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 supdepressive 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 zur Zeit gesunder Mensch mit bipolarem Krankheitsmuster wieder eine geregelte 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 bip. erkrankten Menschen besonders wichtig.

Stressmanagement ist keine hohle Therapeutenphrase, für Sie kann es genau so wichtig sein, wie die medikamentöse Rezidivprophylaxe.

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?

Moderation: Liebe Teilnehmer, wir machen jetzt hier Schluss.

Vielen Dank für Ihre rege Teilnahme. Die Antworten auf die restlichen Fragen können Sie nachher im Protokoll nachlesen.

PS: Der nächste Termin ist am 3.12, siehe oben in der Leiste.

Prof. Bräunig: Ein gehäuftes Vorkommen bip. 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 100%-iger 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 bip. 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 bspw. so aussehen, dass Sie in Ihrer Familie offen über die bei Angehörigen früherer Generationen aufgetretene Erkrankung sprechen u. 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 Pat. mit affektiven Erkrankungen, zu denen die bip. Erkrankung zählt, spezialisieren. Ich plädiere sehr für die Zertifizierung von Ärzten, Arztpraxen und Krankenhäusern durch ein spezielles "bipolares" Fortbildungs-Diplom.

Ulli: Ein Freund hat schizoaffektive Störung, wie sehen sie die Reihenfolge der zu empfehlenden Prophylaktika?

Svenja: Stimmt es, dass man außer bipolar meist noch eine andere psych. Störung hat, wie Angst, Zwänge etc.?

Sebastian: Wie kann man als Partner eines manisch-depressiven den erkrankten Partner, insbesondere in einer depressiven Phase, unterstützen?

ulli: Was halten sie davon, in einem anonymen Internet Forum (MD-Forum) sich von anonymen Betroffenen oder Angehörigen Rat zu holen ? Welche Gefahren sehen sie dabei ?

ulli: Ist es auch dann ein Rapid-Cycling, wenn die Schwankungen nur gering sind, aber häufiger, oder nur bei einer gewissen Schwere.

© Copyright 2003 DGBS e.V. and Prof. Dr. Peter Bräuning. All rights reserved.

Mitglied werden!

Eine starke Gemeinschaft mit vielen Mitgliedern ermöglicht eine breitgefächerte, unabhängige Arbeit der DGBS e.V.. Helfen Sie uns, dieses Ziel zu erreichen und werden Sie Mitglied.

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt € 30,--

Online:

www.dgbs.de/dgbs/mitglied_werden/

Spenden!

Kreditinstitut: Deutsche Apotheker- und
Ärztebank eG, Hamburg

BLZ: 200 906 02

Konto Nr.: 0005031826

Online: www.dgbs.de/dgbs/spendenkonto/