

Patienteninformation

ADHS im Erwachsenenalter

BIPOLARE STÖRUNG & ADHS



Dr. med. Sarah Kittel-Schneider
Prof. Dr. med. Andreas Reif



GEMEINSAM
ADHS
BEGEGNEN
MEDICE – EINE GUTE WAHL

BIPOLARE STÖRUNG & ADHS



„Hallo, ich bin Felix, 31 Jahre alt und werde Sie durch diese Infobroschüre führen. Neben meiner bipolaren Störung wurde bei mir auch eine ADHS diagnostiziert.“

**Liebe Patientin,
lieber Patient,**

eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann gleichzeitig mit einer bipolaren Störung auftreten. Häufig wird eine der beiden Erkrankungen zuerst diagnostiziert und die andere kann sich eine Zeit lang dahinter „verstecken“. Nun wurde bei Ihnen festgestellt, dass auch Sie unter beiden Erkrankungen leiden.

Sicherlich haben Sie viele Fragen dazu. In dieser Broschüre haben wir für Sie Informationen rund um die bipolare Störung und deren Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede im Vergleich zur ADHS zusammengefasst.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und Informieren!

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Die bipolare Störung: Verbreitung und Symptome | 04 |
| Ursachen einer bipolaren Störung | 05 |
| Wie macht sich eine bipolare Störung bemerkbar? | 06 |
| Verlauf und verschiedene Formen der bipolaren Störung | 08 |
| Bipolare Störung und ADHS | 09 |
| Überschneidungen der Symptome | 10 |
| Bipolare Störung, ADHS oder beides? Schwierigkeiten in der Diagnostik | 11 |
| Therapiemöglichkeiten | 12 |
| Weiterführende Informationen | 14 |
| Das Autorenteam | 16 |

Die bipolare Störung: Verbreitung und Symptome

Die bipolare Störung ist eine relativ häufig auftretende psychische Erkrankung – ungefähr ein Prozent der Weltbevölkerung ist davon betroffen. Bei Menschen, die an einer **bipolaren Störung** leiden, unterscheidet man verschiedene Phasen.

Depressive Phasen, gekennzeichnet durch:

- **niedergedrückte Stimmung**
- **wenig Energie und negative Gedanken**
- **wenig oder kein Interesse für Dinge, die früher Spaß gemacht haben**

Dann gibt es aber auch Phasen, in denen ihre Stimmung sehr gut, ja sogar überdreht ist. Die Patienten verspüren viel Energie und fangen ganz viele, auch unsinnige Aktivitäten an. Das Selbstbewusstsein ist während einer solchen Episode erheblich gesteigert.

Manische Phasen, gekennzeichnet durch:

- **mangelndes Bedürfnis, sich auszuruhen und zu schlafen**
- **mehr Geldausgaben**
- **mehr Interesse an sexuellen Aktivitäten**

Es kann aber auch Phasen geben, in denen Merkmale sowohl einer depressiven als auch einer manischen Episode gleichzeitig auftreten oder sich schnell abwechseln. Diese sogenannten gemischten Phasen erleben Betroffene als sehr unangenehm, weswegen das Risiko für einen Suizidversuch besonders hoch ist. Zwischen den einzelnen Phasen sind die Patienten (fast) vollständig gesund. Männer und Frauen sind von der Erkrankung gleichermaßen betroffen.

„Ich war schon mein Leben lang anders als andere. Mit Anfang der Pubertät bekam ich die ersten richtigen Depressionen. Die habe ich durch Lügen eigentlich immer recht gut versteckt. Ich habe mir Geschichten ausgedacht, weshalb ich traurig bin oder so. Depressionen können bei mir sehr schnell vergehen, aber auch sehr schnell wieder kommen ...“



Ursachen einer bipolaren Störung

Die Ursachen einer bipolaren Störung sind vielfältig und zum Teil noch nicht ganz erforscht. Die Veranlagung spielt dabei eine wesentliche Rolle. Das bedeutet: Wenn jemand Risikogene geerbt hat, ist die Gefahr größer, eine bipolare Störung zu entwickeln.

Das heißt aber nicht automatisch, dass er auch krank wird. Das Ausbrechen der Erkrankung wird nicht selten durch Umwelteinflüsse, z.B. Stress, durch die Geburt eines Kindes oder Drogen- bzw. übermäßigen Alkoholkonsum beeinflusst.

Allgemein geht man davon aus, dass in den Krankheitsphasen Verschiebungen im Gehirnstoffwechsel stattfinden, wobei verschiedene Botenstoffe, Hormone und Signalmoleküle daran beteiligt sind. Möglicherweise spielen aber auch das Immunsystem und der Energiehaushalt der Nervenzellen eine Rolle. Um den Gehirnstoffwechsel dauerhaft zu stabilisieren, müssen die meisten bipolaren Patienten längerfristig sogenannte Stimmungsstabilisatoren einnehmen. Und wenn die Erkrankung einmal ausgebrochen ist, dann muss der Betroffene lebenslang mit Krankheitsphasen rechnen.



... und die übrige Zeit bin ich eher ein lebensfroher Mensch, manchmal sogar regelrecht aufgedreht. Dann fühle ich mich stark und nichts kann mich aufhalten.“

Wie macht sich eine bipolare Störung bemerkbar?

Depressive Phasen

In den depressiven Phasen ist die Stimmung niedergedrückt. Es fehlt an Energie und Motivation, auch ganz alltägliche Dinge zu tun. Die Gedanken sind sehr pessimistisch. Viele Menschen in einer depressiven Episode berichten von Hoffnungslosigkeit. Das Selbstwertgefühl ist schlecht, man traut sich weniger Dinge zu. Es kann auch zu starken Ängsten kommen, insbesondere im Hinblick auf die Zukunft. Lebensüberdruß bis hin zu Suizidgedanken belasten die Betroffenen.

Häufig treten Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen auf. Körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Verstopfung sind ebenfalls möglich.

Typischerweise geht es den Patienten dabei morgens schlechter als abends, was als depressives Morgentief bezeichnet wird.

Um eine depressive Phase diagnostizieren zu können, muss diese Symptomatik mindestens zwei Wochen andauern. Nicht selten kommen noch psychotische Symptome dazu. Dann denken die Betroffenen zum Beispiel, dass sie sich etwas zu Schulden haben kommen lassen oder dass ihnen Armut droht, obwohl das in Wirklichkeit gar nicht der Fall ist. Unbehandelt kann so eine depressive Episode auch von selbst wieder ausheilen, aber das dauert sehr viel länger als mit Behandlung.



Sie denken:

- Ich bin furchtbar!
- Alles ist schrecklich!
- Ich kann nichts!
- Ich bin ein schlechter, übler Mensch, selbst wenn ich nichts Böses tue!
- Ich kann nicht schlafen!
- Ich kann nicht aufstehen!
- Sogar für kleine Dinge brauche ich eine Ewigkeit!
- Keiner liebt mich!
- Alles ist mein Fehler!
- Nichts fühlt sich gut an!



Manische Phasen

In den manischen Phasen herrscht hingegen das Gegenteil einer Depression vor. Das Selbstbewusstsein ist viel größer als normal, die Stimmung überschäumend gut. Die Betroffenen verspüren viel mehr Energie als sonst, haben tausend Ideen und beginnen zahlreiche Aktivitäten, ohne diese zu Ende zu führen. Es kann zeitweise zu gereizten bis hin zu aggressiven Stimmungslagen kommen, insbesondere wenn Familie, Freunde oder Kollegen auf das veränderte Verhalten hinweisen oder Vorhaben verhindern wollen.

Auch leichtsinniges, übermütiges Verhalten, vermehrte Geldausgaben, Alkohol- und

Drogenkonsum sind für die manischen Phasen typisch. Häufig verstehen die Patienten dann nicht, dass sie krank sind, denn ihre Wahrnehmung ist verzerrt.

Um eine hypomane (leichter ausgeprägte) Phase diagnostizieren zu können, müssen die Symptome mindestens vier Tage andauern, bei der stärker ausgeprägten manischen Episode mindestens eine Woche. Auch in den manischen Phasen kann es zu psychotischen Symptomen kommen, typischerweise in Form von Größenideen oder Ähnlichem. Die Betroffenen denken in diesem Fall, dass sie etwas ganz Besonderes sind, besondere Kräfte haben, besser, schöner, reicher und mächtiger sind als andere Menschen, obwohl dies nicht mit der Realität vereinbar ist.



Sie denken:

- Ich bin grandios!
- Alles ist wunderbar!
- Ich schaffe alles und jedes!
- Ich kenne alle Antworten! Meine Ideen werden die Welt verändern!
- Ganz gleich, was ich Schlechtes tue, ich bin immer großartig!
- Schlaf ist nur etwas für Leute, die nichts Besseres zu tun haben!
- Ich habe immer Recht!
- Jeder liebt mich!
- Ich bin bei allem, was ich tue, der Beste!

Gemischte Phasen

Die sogenannten gemischten Phasen sind durch Merkmale sowohl depressiver als auch manischer Phasen gekennzeichnet, zum Beispiel gesteigerten Antrieb bei schlechter Stimmung. Dies ist besonders gefährlich aufgrund des größeren Risikos für Suizidversuche.

Verlauf und verschiedene Formen der bipolaren Störung

Der Verlauf und die Ausprägung einer bipolaren Störung können sehr unterschiedlich sein. Im Schnitt haben die Patienten sechs bis acht Phasen im Leben, die jeweils einige Monate andauern; depressive Episoden sind häufiger. Man spricht von einer Bipolar-I-Störung, wenn neben den depressiven Phasen auch sehr stark ausgeprägte manische Phasen vorkommen, in denen der Betroffene nicht mehr arbeitsfähig ist und häufig im Krankenhaus behandelt werden muss. Treten neben den depressiven Phasen nur leichter ausgeprägte manische Phasen auf, also hypomane Phasen, spricht man von einer Bipolar-II-Störung. Den ständigen Wechsel zwischen manischen und depressiven Phasen ohne symptomfreie, gesunde

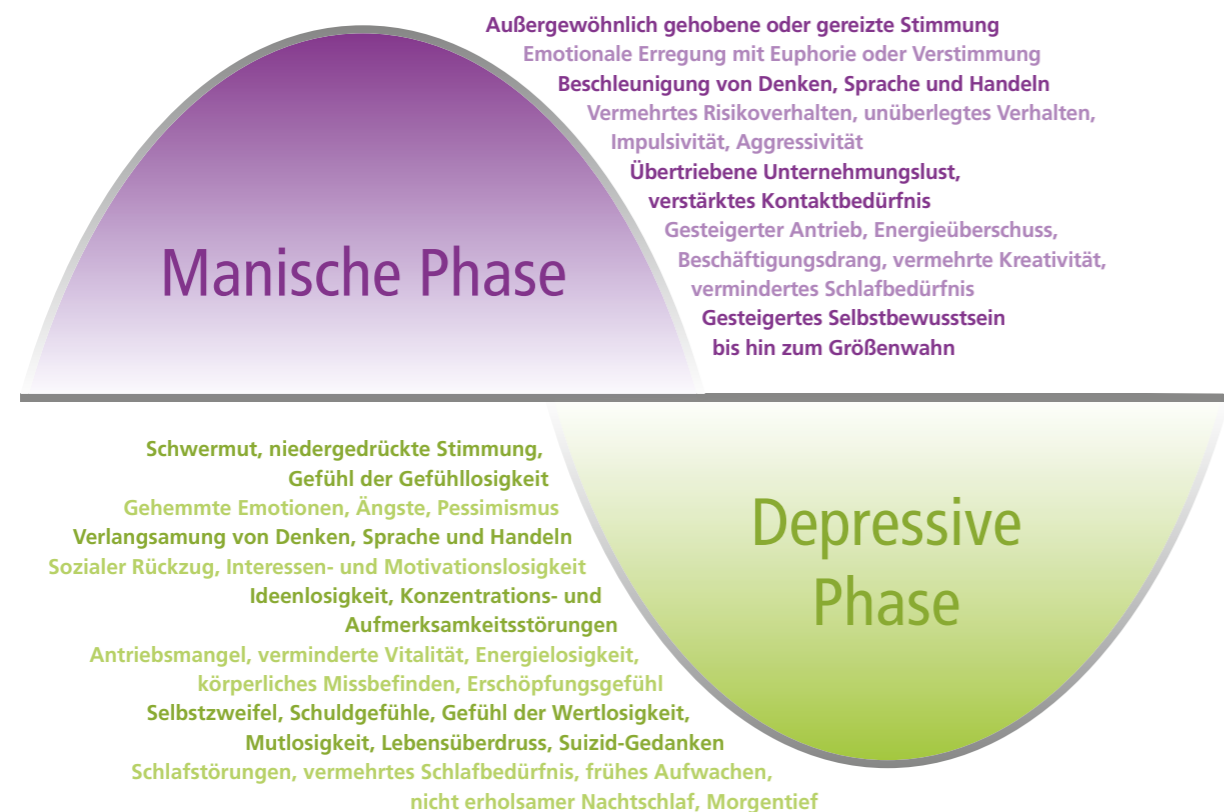
Phasen bezeichnet man als Rapid-Cycling-Verlauf (schneller Phasenwechsel).

Eine nicht optimal behandelte bipolare Störung führt leider zu Einschränkungen in der Lebensqualität sowie zu familiären und sozialen Problemen.



Ein Teil der bipolaren Patienten muss deswegen in Frührente gehen, die Scheidungsrate ist erhöht. Auch die Gefahr für Suizidversuche ist bei bipolaren Patienten relativ hoch: Ungefähr ein Viertel der bipolaren Patienten unternimmt mindestens einen Suizidversuch.

Häufige Symptome einer bipolaren Störung



Quelle: modifiziert nach Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. – dgbs.de/bipolare-stoerung

Bipolare Störung und ADHS

Die bipolare Störung gehört zu den sogenannten affektiven Erkrankungen (Stimmungserkrankungen). Sie bricht meist in der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter aus und verläuft in Phasen. Die ADHS wird dagegen zu den Entwicklungsstörungen gezählt und nimmt schon in der Kindheit ihren Ausgang. Die Symptome sind stets vorhanden – im Gegensatz zu den Symptomen einer bipolaren Störung, die ausschließlich während der Krankheitsepisoden auftreten. Kernsymptome der ADHS sind Probleme bei der Aufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität.

Weltweit leiden etwa ein bis fünf Prozent aller Erwachsenen an ADHS. Im Kindesalter ist ADHS eine der häufigsten psychischen Erkrankungen; fünf bis zehn Prozent der Kinder sind davon betroffen. Bei ca. einem Drittel der Kinder mit ADHS „verwächst“ sich die Störung, bei einem weiteren Drittel sind im Erwachsenenalter noch leichtere Symptome vorhanden und beim letzten Drittel bestehen die Symptome in voller Ausprägung weiter.

Für Menschen mit ADHS ist es anstrengend, sich auf Dinge zu konzentrieren, die eine erhöhte Aufmerksamkeit erfordern. Sie haben Schwierigkeiten damit, Aufgaben zu Ende zu bringen, und brauchen länger als andere dafür. Sie verzetteln sich oft und haben Probleme, sich zu organisieren und Termine einzuhalten. Zudem verschieben ADHS-Betroffene gern Aufgaben, die sie als

langweilig oder unangenehm empfinden, immer weiter nach hinten und bekommen dadurch Ärger in vielen Lebensbereichen. Ein Teil leidet außerdem unter ständiger Unruhe und neigt zu impulsivem Verhalten. Für diese Menschen ist es z. B. an der Supermarktkasse stressig, abzuwarten, bis sie an der Reihe sind. Sie werden schnell ungeduldig, sind auch häufig gereizt. Zudem fällt es ihnen schwer, erst nachzudenken, bevor sie etwas aussprechen. So treten sie häufig ins Fettnäpfchen. Es gibt aber auch Patienten, die nur unter einem Aufmerksamkeitsdefizit leiden und keinerlei Hyperaktivität oder Impulsivität zeigen (ADS).

Diese Symptome führen zu Einschränkungen sowohl in schulischen/beruflichen als auch in zwischenmenschlichen, familiären oder sozialen Bereichen. Bei vielen ADHS-Patienten kommt es auch zu ausgeprägten Stimmungsschwankungen. Im Gegensatz zur bipolaren Störung dauern diese allerdings kürzer an und haben meistens auch einen benennbaren Auslöser.



Im Erwachsenenalter haben ADHS-Betroffene ein erhöhtes Risiko, noch weitere psychische Erkrankungen zu bekommen, etwa Depressionen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und eben auch eine bipolare Störung.

Überschneidungen der Symptome

| Manische Phasen bei der bipolaren Störung | ADHS |
|---|---|
| Gesteigerter Antrieb | Hyperaktivität (innere und äußere Unruhe; Schwierigkeiten, innezuhalten und längere Zeit ruhig zu sitzen) |
| Mehr sprechen als normalerweise | Exzessives Sprechen |
| Leichte Ablenkbarkeit; ständiges Wechseln der Aktivitäten/Pläne | Leichte Ablenkbarkeit; Beginnen verschiedener Aktivitäten und Schwierigkeiten, diese zu beenden |
| Distanzminderung in sozialen Situationen | Distanzgemindertes Verhalten |
| Reduziertes Schlafbedürfnis | Probleme, abends zur Ruhe zu kommen; Schlafstörungen; Störungen der Tag-Nacht-Rhythmik |



„Von meiner bipolaren Störung weiß ich schon länger. Und ich weiß auch, dass diese in Phasen verläuft. Aber auch in Zeiten, in denen ich eigentlich hätte symptomfrei sein müssen, war ich impulsiv und konnte mich schlecht konzentrieren. Das hat mich ziemlich stutzig gemacht. Jetzt hat mir mein Arzt aber gesagt, dass diese Symptome von der ADHS stammen, die ich auch noch habe.“

Bipolare Störung, ADHS oder beides? Schwierigkeiten in der Diagnostik

Beide Erkrankungen unterscheiden sich dadurch, dass das Verhalten des Betroffenen in einer manischen Phase ganz eindeutig vom normalen Verhalten abweicht, während die ADHS-Symptomatik dauerhaft vorhanden ist. Es kann aber auch vorkommen, dass ein ADHS-Betroffener mit stark ausgeprägter Hyperaktivität und Impulsivität beim ersten Termin für einen bipolaren Patienten gehalten wird.

Häufiger ist allerdings der Fall, dass bei einem bipolaren Patienten eine zusätzlich bestehende ADHS nicht erkannt und deswegen nicht behandelt wird. Die ADHS-Symptome können dann für Restsymptome einer abgeklungenen manischen Phase gehalten werden. Oder die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme werden als Symptome einer depressiven oder gemischten Phase interpretiert.

Eine zusätzliche ADHS lässt sich bei einem bipolaren Patienten nur dann sicher feststellen, wenn dieser gerade nicht in einer depressiven, manischen oder gemischten Krankheitsphase ist. Dazu nutzt man spezielle Interviews und Fragebögen. Zudem muss der Beginn der ADHS bereits in der Kindheit liegen. Grundschulzeugnisse und Befragung von Angehörigen können hier Aufschluss geben.

Wenn ein Patient von beiden Erkrankungen betroffen ist, gestaltet sich die medikamentöse Einstellung schwierig. Zudem haben Menschen, die neben einer bipolaren Störung auch an einer ADHS leiden, in den symptomfreien Phasen der Stimmungserkrankung trotzdem die Symptome der ADHS. Deswegen benötigen sie in der Regel eine intensivere Therapie durch spezialisierte Fachärzte, die über viel Erfahrung in der Behandlung beider Krankheitsbilder verfügen.



Menschen, die beide Störungen haben, tragen ein bedeutend höheres Risiko, eine Suchterkrankung zu entwickeln, als wenn nur eine davon vorliegt.

Sind beide Erkrankungen allerdings gut eingestellt, sind auch die Aussichten, den Alltag problemlos zu bewältigen und beruflich erfolgreich zu sein, deutlich besser.

Therapiemöglichkeiten

Medikamentöse Behandlung

Besteht die Vermutung, dass der Patient neben einer bereits bekannten bipolaren Störung zusätzlich unter einer ADHS leiden könnte oder umgekehrt, sollte zunächst ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die entsprechende Diagnostik vornehmen. Ist die bipolare Störung gut unter Kontrolle, kann die ADHS auch mit Medikamenten behandelt werden.

Die Grundlage der medikamentösen Behandlung der bipolaren Störung sind sogenannte Stimmungsstabilisatoren. Nur bei einer stabil eingestellten bipolaren Störung kann man gleichzeitig die ADHS mit Stimulanzien (wie z. B. Methylphenidat retard) oder Atomoxetin behandeln. Denn die Medikamente zur Therapie der ADHS können, allein angewendet, die Gefahr von manischen Episoden erhöhen. Es ist auch immer das Verhältnis von Nutzen und möglichem Risiko abzuwägen, wenn verschiedene psychoaktive Substanzen kombiniert werden.


Eine gut eingestellte Medikation kann sinnvollerweise durch unterstützende Maßnahmen ergänzt werden, wie sie die Einzel- und Gruppentherapie bieten. Hilfreich sind ebenfalls Psychoedukationsprogramme, bei denen Patienten Informationen zu beiden Krankheitsbildern erhalten, sowie der Besuch von Selbsthilfegruppen.

Psychoedukationsgruppen

In den Psychoedukationsgruppen zur bipolaren Störung bekommen Betroffene Informationen über die Formen und Ursachen, Symptome sowie Therapiemöglichkeiten der Erkrankung. Es werden individuelle Frühwarnsymptome besprochen und Notfallpläne erstellt. Außerdem erfahren die Patienten, was sie selbst tun können, um weitere Episoden so weit wie möglich zu verhindern. Themen wie geregelte Lebensführung, gesunde Ernährung und Sport spielen hierbei eine wichtige Rolle.

In den Psychoedukationsgruppen zur ADHS geht es ebenfalls um die Ursachen, verschiedene Ausprägungsformen und die Symptomatik der Erkrankung. Außerdem werden die verschiedenen medikamentösen und nicht medikamentösen Therapieoptionen besprochen.



„Gespräche mit anderen Betroffenen und viele Tipps, die ich im Alltag einsetzen kann, haben mir geholfen, mit meinen Erkrankungen gut umzugehen. Jetzt kann ich die einzelnen Symptome der jeweiligen Krankheit besser zuordnen und weiß, wie ich gegensteuern kann. Dank meines Stimmungskalenders erkenne ich inzwischen im Anmarsch ist, entsprechende  ganz gut, wenn eine neue Phase und dann kann ich direkt Maßnahmen treffen.“



Störungsspezifische Psychotherapie

In der störungsspezifischen Psychotherapie der bipolaren Störung wird unter anderem das Erkennen der Frühwarnsymptome geübt. Thema sind außerdem nicht medikamentöse Maßnahmen, die der Betroffene ergreifen kann, wenn eine depressive oder hypomane Episode einsetzt. Zudem wird analysiert, welche Faktoren möglicherweise Krankheitsepisoden auslösen und was der Patient aktiv verändern könnte.

In der störungsspezifischen Psychotherapie der ADHS spielen unter anderem Stressbewältigung, Techniken zur Entspannung, Techniken zur besseren Strukturierung und Organisation genauso wie Regulation von Impulsivität und Stimmungsschwankungen eine wichtige Rolle.

Mein monatlicher Stimmungskalender



Mit diesem speziellen Tagebuch halten Sie Ihre jeweilige Stimmungslage fest und erhalten so ein Bild der Schwankungen Ihrer Befindlichkeit im Langzeitverlauf. Nutzen Sie hierzu diese Seite als Kopiervorlage.

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

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) • Postanschrift: Klinik für Psychiatrie · Heinrich-Hoffmann-Straße 10 · 60528 Frankfurt am Main • Internet: www.dgbs.de • E-Mail: info@dgbs.de



Weiterführende Informationen

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) bietet zahlreiche Informationen im Internet, Telefonberatung, Seminare für Angehörige von Betroffenen und vieles mehr. Unterstützung bieten ebenfalls zahlreiche Selbsthilfegruppen bipolar Erkrankter bundesweit.

Detaillierte Informationen zum Krankheitsbild der bipolaren Störung finden Sie unter:

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V.: www.dgbs.de

Detaillierte Informationen zum Krankheitsbild ADHS finden Sie unter:

www.adhs-infoportal.de
www.adhs-deutschland.de
www.zentrales-adhs-netz.de



Diese Broschüre wurde nach bestem Wissen und Gewissen unter Benutzung aktueller seriöser Quellen verfasst. Sie erhebt keine Gewähr auf Vollständigkeit. Jede Haftung ist ausgeschlossen.

Bitte beachten Sie, dass die Broschüre lediglich der Information dient, nicht der Behandlung. Konkrete Hilfe bietet Ihnen Ihr behandelnder Facharzt.

Autorenteam



Dr. med. Sarah Kittel-Schneider

Nach dem Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg Assistenzärztin am Zentrum für psychische Gesundheit (ZEP), Universitätsklinikum Würzburg.

Anfang 2014 Abschluss der Facharztausbildung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie, danach Ernennung zur Oberärztin am ZEP, Universitätsklinikum Würzburg. Seit September 2014 leitende Oberärztin in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt.

Darüber hinaus: Oberärztin der Spezialsprechstunde für bipolare Störungen und Oberärztin der Spezialsprechstunde für adulte ADHS in Frankfurt.

Weitere Aktivitäten: Leiterin der AG Zellkulturmodelle und fluide Biomarker (Schwerpunkt Grundlagenforschung der bipolaren Störung und der adulten ADHS); Mitglied der DGPPN, DGBS, ECNP, World Federation of ADHD und Marcé Society.



Prof. Dr. med. Andreas Reif

Studium der Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg und Promotion am Institut für Pharmakologie.

Facharztausbildung zum Psychiater. Nach der Habilitation im Jahr 2009 und der Ernennung zum Oberarzt Leitung einer eigenen Arbeitsgruppe zu Psychiatrischer Neurobiologie. Stufenweiser Aufbau eines klinischen Schwerpunkts zu bipolaren Störungen. Kurz darauf Ernennung zum W2-Professor für Psychiatrie sowie zum Laborleiter und Stellvertretenden Klinikdirektor. Seit August 2014 Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Darüber hinaus Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen sowie Mitglied aller relevanten Fachgesellschaften (u. a. AGNP, DGBS, DGBP, DGPPN, ECNP, CINP und ISPG).

Herausgeber:

MEDICE Pharma GmbH & Co. KG, Iserlohn

www.medice.de

www.adhs-infoportal.de

Gestaltung: WEFRA Classic GmbH

Ein Service von



Arztstempel

Bitte dieses Feld lackfrei halten,
damit der Stempel haften bleibt.