

Bipolare Erkrankung

Eine vielschichtige Diagnostik

Nach wie vor ist in der allgemeinen Bevölkerung nicht bekannt, was unter einer bipolaren Erkrankung zu verstehen ist. In einer Untersuchung von Angermeyer aus dem Jahr 2005 waren die meisten der Befragten der Meinung, dass es sich um die Eisschmelze an den Polen infolge der Klimaerwärmung handelt. In der Fachliteratur hat der Ausdruck bipolare Störung den Begriff des manisch-depressiven Krankheitsgeschehens völlig abgelöst. In der Allgemeinbevölkerung ist dieser Prozess noch lange nicht vollzogen.

Geschichte

Die bipolare Erkrankung wurde bereits von den alten Griechen sehr ausführlich beschrieben. So hatte sich Hippokrates im Rahmen seiner Vier-Körpersäfte-Lehre mit der Melancholie, wortwörtlich „schwarze Galle“, beschäftigt. Auch Platon und Aristoteles haben eine Fülle von Beschreibungen über melancholische Zustände und „zirkuläres Irresein“ verfasst. Aretäus von Kappadokien (50 bis 100 n. Chr.), welcher in Rom und Alexandria lehrte, hinterließ sehr präzise Abhandlungen über Manie und Depression. Aretäus hat schon in der damaligen Zeit darauf hingewiesen, dass sich diese Zustände von den schubhaften Anfällen, die durch Vergiftungen hervorgerufen wurden, deutlich unterscheiden. Kraepelin (1856 bis 1926) erläuterte in seinen Lehrbüchern das „manisch-depressive Irresein“. Kraepelin war es ein Anliegen, diese Erkrankung mit ihrem periodischen Verlauf von den aus der damaligen Sicht eher chronisch verlaufenden Schizophrenien zu unterscheiden. Kraepelin hat auch verschiedene Unterformen dieser periodischen Erkrankung beschrieben.

Für das US-amerikanische diagnostische Klassifikationssystem DSM-III war es 1980 revolutionär, psychotische Sym-

tome während manischer bzw. depressiver Episoden im Rahmen von bipolaren affektiven Störungen zu erfassen und sie von den schizoaffektiven Störungen abzugrenzen. In der ICD-10 der WHO wurde diese Trennung erst 1992 vollzogen.

Anamnese und Diagnostik

Vorwiegend wird die Diagnostik von den Symptomen der letzten Tage oder Wochen bestimmt. Oftmals wird von Patienten und Angehörigen aber nicht erkannt, dass im Vorfeld einer derzeit herrschenden depressiven Episode ein Stimmungshoch mit Schlafverkürzung stattgefunden hat. Dieses Faktum könnte dem Arzt helfen, eine bipolare Depression zu erkennen und sie auch als solche zu behandeln. Das Erkennen der Verlaufsgestalt (Simhandl 2007) durch gezieltes Fragen in der Anamnese ist einer der wesentlichen Punkte, um die Diagnostik einer bipolaren Erkrankung zu ermöglichen (Tab.).

Von den klinisch schwereren Ausprägungsformen gibt es einerseits die Manie, welche in rein euphorischer, aber

auch dysphorischer Form auftreten kann und mit oder ohne psychotische Symptome einhergeht. Die depressive Episode kann eine typische Major Depression darstellen, aber auch agitiert oder atypisch verlaufen, sodass man bei einer agitierten Form an einen Mischzustand denken sollte. Jede Form der Depression kann mit psychotischen Zeichen (nihilistischer Wahn, Verarmungswahn) einhergehen. Klinische Besonderheiten sind das „Kippen“ von einer Stimmungslage in die andere, das bei ca. 12 bis 15% der bipolaren Patienten auftritt, und das sogenannte „Rapid Cycling“. Unter Rapid Cycling versteht man das Auftreten von unterschiedlichen Stimmungs-

episoden häufiger als viermal im Jahr. Diese Episoden können rein depressiv, depressiv und manisch oder gemischt (mit Wechsel am selben Tag) sein. Diese raschen Zyklen können über mehrere Wochen, Tage oder in einem 48-Stunden-Rhythmus ablaufen. Die bislang beschriebenen Formen sind unter der Bipolar-I-Erkrankung zusammengefasst, wenn das Vollbild einer Manie und einer Depression vorherrscht. Bei geringerer Ausprägung der Manie, der sog. Hypomanie, wird es diagnostisch etwas



C. Simhandl, Wiener Neustadt

schwieriger. Hypomanische Episoden werden oft weder von den Patienten noch ihren Angehörigen als Krankheit erkannt. Hier hilft nur die Zusammenschau des gesamten Verlaufs, das Erfassen von der Abfolge von Hoch und Tief, wobei bei vielen Patienten das Tief absolut im Vordergrund steht und zeitmäßig deutlich überwiegt. Derzeit ist hauptsächlich das Konzept der Polarität, nämlich der Bipolarität im Sinne von Manie vs. Depression, vorherrschend. Auch die Behandlung erfolgt dann von der Querschnittssymptomatik/der aktuellen Symptomatik ausgehend, mittels Antidepressiva oder Antipsychotika. Was aber häufig fehlt, ist die Sichtweise, dass es sich um einen wiederkehrenden, zyklisch ablaufenden Prozess handelt. Hierbei ist es auch wichtig zu beachten, dass im Gegensatz zum Pathomechanismus der Unipolarität nicht eine Störung auf der Ebene der Neurotransmitter, sondern möglicherweise der Second-Messenger-Systeme ausschlaggebend ist. Deswegen sollte eine Behandlung mit Stimmungsstabilisierern erfolgen (N. Ghaemi, 2009).

Diagnostisches Spektrum

Mittlerweile ist man sich einig, dass die Diagnostik von DSM-III, aber auch -IV und die ICD-10 das bipolare Spektrum insgesamt viel zu wenig abdecken. Es werden hauptsächlich die relativ schweren Formen, die eine stationäre Behandlung notwendig machen, nämlich die Bipolar-I-Gruppe beschrieben. Die Bipolar-II-Erkrankung (Depressionen und hypomane Episoden) ist keine eigene diagnostische Gruppe, sondern nur eine Restgruppe, obwohl diese Gruppe wahrscheinlich die weitaus größere ist. In den letzten drei Jahrzehnten haben sich mehrere Forschergruppen mit dem Thema des bipolaren Spektrums intensiv auseinandergesetzt. Namentlich ist besonders Jules Angst aus Zürich zu erwähnen. Angst hat anhand seiner epidemiologischen Daten und Berechnungen aufgezeigt, dass sich die euphorische Stimmung bei der Hypomanie als Kriterium viel zu unscharf darstellt. Ein viel wichtigerer Parameter der Diagnostik dürfte die Hyperaktivität

sein. Hyperaktivität hat die gleiche prognostische Bedeutung wie das Vollbild der Hypomanie. Die Forschergruppe um H. S. Akiskal ordnete der Bipolar-II-Gruppe auch Personen zu, die im sog. freien Intervall relativ stimmungsstabil sind und möglicherweise mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung oder Borderline-Störung diagnostiziert werden, jedoch oft hypomane Episoden oder eben Episoden mit Hyperaktivität haben. Akiskal nennt diese Gruppe Bipolar II/2. Der Bipolar-III-Typus ist relativ anerkannt, wird aber nicht für die Diagnostik herangezogen. Patienten, welche nach ihrer depressiven Episode auf gewisse Antidepressiva hypomanisch oder manisch werden, werden nach DSM-III und -IV nicht als bipolar bewertet. Dieses Phänomen tritt nicht nur nach Einnahme von (vor allem trizyk-

durch einen deutlich späteren Krankheitsbeginn auffällt. Es ist oft schwierig, das hyperthyme Temperament, welches als Wesenszug oder Charaktervariante angesehen wird, von der chronischen Hypomanie zu unterscheiden. Diese Menschen leiden besonders, wenn sie in eine Depression fallen, da ein so starker Wechsel der Stimmungslage als besonders schmerzhaft erlebt wird. Oftmals wird dies als maligner Narzissmus fehlinterpretiert. Die Differenzialdiagnostik sollte in solchen Fällen sehr gewissenhaft durchgeführt werden. Unter Bipolar V werden jene Patienten eingeordnet, die eine rezidivierende unipolare Depression haben und Blutsverwandte mit einer bipolaren Erkrankung. Bei diesen Patienten sollte bei Nichtansprechen auf Antidepressiva möglichst rasch an die Gabe von Stimmungsstabilisierern gedacht werden.

Unter Bipolar VI wird ein bipolärer Krankheitsverlauf mit frühzeitiger Demenz zusammengefasst, wobei der Zusammenhang zwischen der bipolaren Krankheit und der Demenz nach dem derzeitigen Wissensstand unklar ist.

Conclusio

Die vielschichtigen Unterteilungen der bipolaren Diagnostik sind auch eine Folge davon, dass etliche der depressiven Patienten auf klassische Antidepressiva nicht gut ansprechen. Die letzten großen US-Studien (STAR*D und STEP-BD) zeigen eine niedrige Ansprechrate auf Antidepressiva bei bipolaren Patienten, sodass die Empfehlung für die Verwendung eines Stimmungsstabilisierers im Sinne der Patienten öfters befolgt werden sollte.

Literatur beim Verfasser

Anamnestiche Fragen
Gab es früher Zeiten mit Hyperaktivität?
Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Familie
Alkohol-, Drogen- und/oder Tablettengebrauch
Suizidversuche in der Vorgeschichte/Familie
Postpartale Stimmungsschwankungen
Schwerer oder unerwarteter Stress (subjektiv)
Episodische Verlaufsform von Stimmungsschwankungen
Saisonale Rhythmen

Tab.: Anamnestiche Fragen für die Diagnostik einer bipolaren affektiven Störung

lischen) Antidepressiva, sondern auch bei Schlafentzug, Lichttherapie und Elektrokampftherapie auf. Von diesen Patienten nimmt man mittlerweile an, dass sie doch in das bipolare und nicht in das unipolare rezidivierende Spektrum gehören. Somit ist in diesen Fällen möglicherweise der Behandlung mit Stimmungsstabilisierern eine Behandlung mit Antidepressiva vorzuziehen. Vor allem bei Wiederauftreten von depressiven Episoden sollte man sich die Diagnose noch einmal ganz genau ansehen. Unter dem Typus Bipolar III/2 versteht man das Vorhandensein von depressiven Phasen mit hypomanen Schwankungen, die von Substanzmissbrauch begleitet werden. Die Untergruppe Bipolar IV mit hyperthymem Temperament und rezidivierender Depression wurde von Akiskal als Sonderform beschrieben, da diese Gruppe