

Martin Hautzinger · Thomas D. Meyer

Bipolar affektive Störungen

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Bipolar affektive Störungen

Fortschritte der Psychotherapie

Band 43

Bipolar affektive Störungen

von Prof. Dr. Martin Hautzinger und Prof. Dr. Thomas D. Meyer

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Bipolar affektive Störungen

von Martin Hautzinger
und Thomas D. Meyer

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

© 2011 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden. Aus Hautzinger/Meyer: Bipolar affektive Störungen.

Prof. Dr. Martin Hautzinger, geb. 1950. 1971–1976 Studium der Psychologie in Bochum und Berlin. 1980 Promotion. 1981–1983 Assistent Professor am Department of Psychology der University of Oregon, Eugene, USA. 1984–1989 Hochschulassistent für Klinische und Differentielle Psychologie an der Universität Konstanz. 1987 Habilitation. 1990–1996 Professor für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Mainz. Seit Oktober 1996 Ordinarius für Psychologie und Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Tübingen.

Prof. Dr. Thomas D. Meyer, geb. 1968. 1987–1993 Studium der Psychologie in Mainz. 1997 Promotion. 1997–2006 wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Tübingen. 1999 Psychologischer Psychotherapeut. 2003 Habilitation. 2006 apl. Professur an der Universität Tübingen. Seit 2006 Senior Lecturer in Clinical Psychology an der Newcastle University, Großbritannien.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2011 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2146-6

© 2011 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden. Aus Hautzinger/Meyer: Bipolar affektive Störungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Symptomatik der bipolar affektiven Störungen	1
1.1	Beschreibung und Erscheinungsbild	2
1.2	Diagnose und Differenzialdiagnose	4
1.2.1	Diagnosekriterien	7
1.2.2	Differenzialdiagnostische Überlegungen	10
1.2.2.1	Abgrenzung zur Schizophrenie und zum Wahn	10
1.2.2.2	Abgrenzung zu Persönlichkeitsstörungen	11
1.3	Komorbiditäten	13
1.4	Epidemiologie	15
1.5	Verlauf und Prognose	16
1.6	Suizidalität	19
2	Störungswissen und Störungsmodelle	19
2.1	Genetik	22
2.2	Neurobiologie	22
2.3	Neuropsychologie	24
2.4	Verhaltensaktivierung	26
2.5	Biorhythmus und soziale Zeitgeber	27
2.6	Temperament und Persönlichkeit	28
2.7	Kognitionen und Informationsverarbeitung	29
2.8	Mehrfaktorielle (Diathese-Stress-)Modelle	31
3	Diagnostischer Prozess und relevante Instrumente	33
3.1	Verfahren zur Vorauswahl (Screening)	33
3.2	Interviews zur syndromalen Diagnostik	35
3.3	Akute Symptomatik	35
3.3.1	Selbstbeurteilungsinstrumente	35
3.3.2	Fremdbeurteilungsinstrumente	37
3.4	Therapiebezogene Diagnostik und praktische Empfehlungen	39
4	Psychotherapie und Rückfallprophylaxe	41
4.1	Psychopharmka in Akutbehandlung und Phasenprophylaxe	41
4.2	Psychoedukation	42
4.3	Formen evidenzbasierter Psychotherapie mit bipolaren Patienten	46

4.3.1	Familien Fokussierte-Therapie (FFT)	46
4.3.2	Interpersonelle und Soziale Rhythmus-Therapie (IPSRT) ...	47
4.3.3	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	48
4.4	Besonderheiten einer Psychotherapie bei bipolar affektiven Störungen	49
4.5	Vorgehen und Elemente einer wirksamen Psychotherapie ...	51
4.5.1	Motivation, Psychoedukation und Selbstbeobachtung	52
4.5.2	Selbstbeobachtung, Normalität und Warnsignale	54
4.5.3	Alltagsstruktur, Aktivitäten und Kognitionen	57
4.5.4	Problembewältigung, Achtsamkeit und interpersonelle Kompetenzen erwerben	62
4.5.5	Notfallplanung und Krisenmanagement	72
5	Psychotherapieforschung bei bipolar affektiven Störungen	75
6	Weiterführende Literatur	78
7	Literatur	78
8	Anhang	82
	Young Mania Rating Scale (YMRS)	82
	Arbeitsblatt: „Was ist, wenn ...“	84
	Arbeitsblatt: Wochenplan zur Alltagsgestaltung und zum Aufbau angenehmer Tätigkeiten	85
	Arbeitsblatt: Besser planen	86
	 Karten: Stimmungstagebuch (STB)	

1 Symptomatik der bipolar affektiven Störungen

Affektive Störungen lassen sich in uni- bzw. monopolar verlaufende Depressionen und manisch-depressive Störungen unterteilen. Der Hauptunterschied zwischen unipolaren und bipolaren Störungen ist die Abwesenheit bzw. das Vorliegen von Phasen maniformer Symptomatik. Obwohl manche Patienten mit bipolaren Störungen ausschließlich Manien erleben, dominieren depressive Episoden im Verlauf bipolarer affektiver Störungen.

Phasen maniformer und depressiver Symptomatik

Historisches Beispiel:

Robert Schumann (1810–1856), ein weltberühmter Komponist und Dirigent sagt über sich: „..., *dass ich mich oft sehr wohl fühle, aber noch viel öfter zum Erschießen melancholisch ...*“ und erfindet in seinen Tagebüchern die selbstbeschreibenden Figuren „Florestan“ (entschieden, aktiv, impulsiv) und „Eusebius“ (melancholisch, ängstlich, selbstzweifelnd). In der Familie sind Depressionen (Vater, Schwester, Sohn) und Impulsivität (Mutter, Sohn), Suizide (Schwester) und Drogenprobleme (Sohn, er selbst) sowie zahlreiche belastende Lebensereignisse (Tod des Vaters mit 14, Tod der Schwägerin mit 19, Tod des Bruders, Tod eines Sohnes, Verweigerung der Heirat der ersten Geliebten, Lähmung der rechten Hand, Mobbing im Beruf, Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel) bekannt. Ergänzt wird diese Geschichte durch die begabte und beliebte Ehefrau (Pianistin), die zu allem Übel in der damaligen Zeit viel erfolgreicher war als er. Ihr wird außerdem ein nie belegtes Liebesverhältnis zu einem ebenfalls weltberühmten Komponisten und Hausfreund der Familie Schumann nachgesagt.

Robert Schumanns Krankheit begann mit allmählich sich steigender depressiver Symptomatik im Alter von 14 Jahren. Mit 19 Jahren sind eine erste und mit 23 Jahren eine zweite depressive Episode belegt. Mit 24 Jahren ist eine erste hypomanische, über ein Jahr anhaltende Episode und gesteigerte Produktivität bekannt. Mit 28 Jahren erlitt er dann eine dritte depressive Episode mit tiefer Schaffenskrise. Mit 30 Jahren tritt eine zweite, länger anhaltende hypomanische Phase auf. Mit 34 Jahren und erneut mit 44 Jahren sind (vierte und fünfte) schwere depressive Episoden, z. T. mit psychotischen Symptomen und ein Suizidversuch belegt. Dazwischen, im Alter von 39 Jahren, lässt sich eine (hypo-)mani-

sche Episode nachweisen. Die verschiedenen Erkrankungsepisoden sind unterbrochen durch Phasen mit Normalbefinden, das jedoch von Impulsivität, Reizbarkeit, Ängstlichkeit und Empfindlichkeit gekennzeichnet ist.

1.1 Beschreibung und Erscheinungsbild

„Depressionen“ sind gekennzeichnet durch niedergeschlagene, dysphorische Stimmung gepaart mit Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Veränderungen im Appetit, Schlaf- und Konzentrationsvermögen. Dies geht einher mit Selbstwertproblemen bis hin zu Überzeugungen der Wertlosigkeit, Schuld und tiefer Hoffnungslosigkeit, was dann oft in Suizidgedanken und Suizidhandlungen gipfelt.

Antriebs-
steigerung,
gehobene Stim-
mung, gesteigertes Selbst-
wertgefühl

„Manien“ bzw. maniforme Störungen fallen dadurch auf, dass der Antrieb und das Aktivitätsniveau gesteigert sind, viele Pläne gemacht werden, hohe und weitreichende Ziele formuliert werden. Dies geht einher mit einer deutlich gehobenen, ja euphorischen Stimmung. In manchen Fällen ist die Stimmung jedoch eher reizbar, ärgerlich und ungeduldig. Als typisch wird zudem ein gesteigertes Selbstwertgefühl angesehen, das bis zu grandiosen Wahnvorstellungen expandieren kann. Ein verringertes Schlafbedürfnis wird ebenfalls sehr oft berichtet. Diese Menschen sind nach 4 bis 5 Stunden Schlaf bereits ausgeruht und fit, obwohl dieselbe Person sonst meist 7 bis 8 Stunden Schlaf zur Erholung benötigt. Manche Betroffene schlafen auch so gut wie gar nicht mehr, was dann oft sehr schnell zum physischen und psychischen (psychotischen) Zusammenbruch führt.

Wenn man einer Person gegenüber sitzt, die von depressiven Symptomen berichtet, erlaubt dies noch keine Aussage darüber, um welche Form der affektiven Störung es sich handelt. Erst wenn Hinweise auf maniforme Episoden, also Phasen mit manischen oder hypomanen oder auch gemischten Symptomen vorliegen bzw. fehlen, lässt sich entscheiden, ob die affektive Störung eine unipolare Depression oder eine bipolare affektive Störung ist.

Beispiel:

Eine Patientin, Mutter von zwei Kindern berichtete zum Beispiel: „Wenn alles beginnt, fühle ich mich gut, bin nicht mehr so schüchtern und gehe von mir aus auf Leute (z. B. bei Partys oder Elternabenden) zu. Das erleben die anderen, selbst mein Mann als positiv. Ich bin nicht mehr so darauf aus, den Haushalt zu schaffen und alles richtig zu machen. Ich fühle mich frei von all den Lasten auf meinen Schultern. Ich will ins Kino oder Theater gehen, ich möchte Wochenendausflüge machen. Alles

erscheint so leicht und lebendig. Dieser gute Zustand kann Wochen anhalten. Alles wird dann jedoch zur Katastrophe, wenn ich gar keinen Schlaf mehr brauche. Dann bin ich nicht mehr ich selbst. Ich werde zur „Mutter Gottes“ oder zu „Harry Potter“ und muss meine Kinder vor dem Teufel oder „Voldemort“ schützen. Das letzte Mal wollte ich mit meinen Kindern zum Bahnhof und nach dem Bahnsteig suchen, der uns – wie in den Büchern von Rowling – ins sichere Hogwarth bringen sollte. Das war mitten in der Nacht, meine Kinder bekamen Angst vor mir, sie verstanden mich nicht. Zum Glück hat mich mein Mann davon abgehalten und mich in die Klinik gebracht.“

Bei dieser Beispiel-Patientin liegt eindeutig eine „Manie mit psychotischen Merkmalen“ vor. Wobei dies nicht unbedingt typisch ist. Sich für Jesus, Napoleon oder die Mutter Gottes zu halten, ist kein notwendiges Kriterium für eine Manie. Entscheidend ist, dass die Konsequenzen, die sich aus der Symptomatik ergeben, für die Person bzw. die Familie deutlich negativ und für andere meist unmittelbar ersichtlich negativ sind. Etwa ungezügelter Einkauf bis hin zum finanziellen Ruin, hoch riskante geschäftliche bzw. berufliche Entscheidungen (z. B. spontane Kündigung eines Arbeitsverhältnisses) oder auch ungeschützte bzw. gesteigerte sexuelle Kontakte, eventuell mit verschiedenen Partnern. Negative Folgen des eigenen Verhaltens werden nicht mehr berücksichtigt, ignoriert oder falsch eingeschätzt. So sind Menschen mit einer bipolar affektiven Störung gehäuft unter der Personengruppe zu finden, die Verkehrsdelikte unter Alkohol- bzw. Drogen Einfluss begehen.

Während eine Manie durch das „grenzüberschreitende Verhalten“ auch für Außenstehende leicht erkennbar ist, wird eine Hypomanie oft nur von Angehörigen und engeren Freunden als „abnorm“ und untypisch für die jeweilige Person wahrgenommen. Er oder sie zeigt Verhaltensweisen, die enge Vertraute als „untypisch“ erleben. Das vorherige Beispiel zeigt dies, denn bevor die Patientin manisch wurde, ging sie in einem hypomanen Zustand im vertrauten Kontext (z. B. Elternabend in der Schule) auf andere zu, beteiligte sich von sich aus an Gesprächen oder wollte kulturell aktiver sein. Dies entspricht nicht dem, was ihre Eltern oder ihr Ehemann als ihr typisches Verhalten beschreiben würden, auch wenn Dritte dies nicht unbedingt als auffällig bewerten würden.

Hypomane Phasen oft nur von Angehörigen und engen Vertrauten bemerkt

Beispiel:

Herr M. (25 Jahre) wurde von seiner Partnerin und seinen Freunden als „zuverlässiger und umgänglicher Typ“ beschrieben, „wenn er nicht seine Phasen hat“. Das Wort „Phasen“ war dabei nicht im klinischen Sinn gemeint, sondern bezeichnete einfach nur einen Zeitraum von eini-

gen Tagen bis einer Woche, in denen Herr M. aus Sicht seiner Partnerin und Freunde zu einem „selbstbezogenen Kotzbrocken mutierte“. Sie führten dies meistens auf vermehrten Stress im Studium und in seinem Job als wissenschaftliche Hilfskraft zurück, da er in diesen Zeiten vermehrt an der Universität arbeitete und oft bis spät abends Überstunden machte. Wenn er mit ihnen dann am Wochenende unterwegs war, wirkte er ständig auf dem Sprung, amüsierte sich gern auf Kosten anderer (z. B. in Witzen, Seitenhieben), flirtete aus Spaß mit anderen Frauen und manchmal auch Männern und war in Unterhaltungen sehr selbstbezogen und bewertend. Alle wussten, dass Herr M. seit seiner Jugend schon mindestens zwei- oder dreimal eine Depression hatte, aber dass diese kaum erträglichen Phasen, hypomane Phasen sind und es sich klinisch bei Herrn M. um eine Bipolar-II-Störung handelt, hatte niemand in Betracht gezogen.

1.2 Diagnose und Differenzialdiagnose

Unterscheidung
unipolare und
bipolare affek-
tive Störungen
gut belegt

Der Hauptunterschied zwischen unipolaren und bipolaren affektiven Störungen liegt in der Abwesenheit bzw. dem Vorliegen von Phasen maniformer Symptomatik. Obwohl Depressionen im Verlauf bipolar affektiver Störungen hinsichtlich Häufigkeit und Dauer dominieren (z. B. Judd et al., 2002), wird im Folgenden primär auf die Diagnostik maniformer Zustände eingegangen. Hinsichtlich der Diagnostik depressiver Symptome und depressiver Episoden wird auf Hautzinger (2010) und Hautzinger und Meyer (2002) verwiesen.

Atypische
depressive
Symptome sind
Appetitstei-
gerung, emotio-
nale Reagibilität

Wie bereits erwähnt, ist bei bipolar affektiven Störungen die erste Krankheitsepisode nur in 50 % der Fälle maniform und erlaubt somit eine unmittelbare Diagnose einer bipolaren Störung (Goodwin & Jamison, 2007). Wenn die erste Episode eine Depression ist, kann es sich um eine einzelne depressive Phase, um den Beginn einer rezidivierenden unipolaren Depression oder um die Erstmanifestation einer bipolar affektiven Störung handeln. Deswegen wird nach Indikatoren gesucht, die eine zuverlässige Unterscheidung in unipolare Depressionen und bipolare Störungen erlauben. Oft wird berichtet, dass sog. „atypische depressive Symptome“ für bipolare Störungen typisch seien. Dazu zählen u. a. vermehrter Appetit, emotionale Reagibilität und interpersonelle Sensitivität.

Außerdem wird immer wieder hervorgehoben, dass Depression im Rahmen bipolarer Verläufe von der Empfindung her abrupter beginnen, während Depressionen im Rahmen einer unipolaren Störung sich langsamer entwickelt und allmählich intensivieren.

Merke:

Als Indikatoren für die Differenzierung zwischen unipolaren Depressionen und Depressionen im Rahmen einer bipolar affektiven Störung gelten folgende Symptome (Depue & Monroe, 1978):

- *Schlafstörungen*: Ein- und Durchschlafstörungen und frühmorgendliches Erwachen werden häufiger von Patienten mit unipolaren Depressionen berichtet, während vermehrter Schlaf und vermehrtes Schlafbedürfnis eher Depressionen im Rahmen einer bipolar affektiven Störung kennzeichnen.
- *Psychomotorik*: Hierbei geht es um spontane oder bewusst herbeigeführte zielgerichtete motorische Tätigkeiten, wobei zwischen psychomotorischer Unruhe (Agitiertheit) und psychomotorischer Verlangsamung (Hemmung) unterschieden wird. Anzeichen für psychomotorische Unruhe sind z. B. wenn jemand nicht still sitzen kann bzw. im Extremfall ständig auf und ab gehen muss. Psychomotorische Verlangsamung zeigt sich z. B. in Form von verzögerten Reaktionen, einer verlangsamten Sprache und insgesamt langsameren Bewegungen. Unipolare Depressionen gehen verstärkt mit Unruhe einher, die oft auch nur unterschwellig als innere Unruhe berichtet wird. Bei Depressionen im Rahmen einer bipolar affektiven Störung steht oft die Verlangsamung und Verhaltenshemmung im Vordergrund.
- *Appetit*: Appetitmangel und reduzierte Nahrungsaufnahme (Gewichtsverlust) gelten als typisch für unipolare Depressionen, während bei Depressionen im Rahmen einer bipolar affektiven Störung oft vermehrter Appetit und gesteigerte Nahrungsaufnahme berichtet werden.

Obwohl klinische Erfahrungen diese Unterschiede zu bestätigen scheinen, sind die empirischen Belege nicht überzeugend und die Unterschiede zwischen unipolaren und bipolaren Depressionen nicht so ausgeprägt, dass sie ohne genaue Anamnese der Krankengeschichte eine Differenzialdiagnose erlauben.

Aufgrund der Struktur der diagnostischen Klassifikationssysteme ist das Vorliegen einer maniformen Symptomatik für die Diagnose einer bipolaren Störung entscheidend. In Tabelle 1 sind die entsprechenden Kriterien aufgeführt, die nach ICD-10 die Diagnose einer *manischen Episode* rechtfertigen. Man spricht dann von einer manischen Episode, wenn eine länger andauernde, gehobene, expansive *oder* gereizte Stimmung vorliegt, die mit zusätzlichen Symptomen, wie z. B. Selbstüberschätzung, reduziertem Schlafbedürfnis oder verringerten sozialen Hemmungen, einhergeht. Unabhängig davon, ob in der Manie auch psychotische Symptome vorliegen, muss eine deutliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Alltag erkennbar sein, damit von einer Manie gesprochen werden darf.

Die Grenzziehung zwischen gesund und krank kann schwierig sein, aber auch wenn keine massive Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit vorhan-

Differenzierung gelingt anhand von Schlafstörungen, Motorik, Appetit

Tabelle 1: Kriterien für eine manische Episode nach ICD-10

Stimmung	Situationsinadäquate gehobene Stimmung zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung
Dauer	Mindestens 1 Woche
Anzahl erforderlicher Symptome	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selbstüberschätzung oder Größenideen 2. Vermindertes Schlafbedürfnis 3. Vermehrter Antrieb und Überaktivität 4. Rededrang 5. Starke Ablenkbarkeit 6. Tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken nicht beachtet werden (z. B. überspannte, undurchführbare Projekte zu beginnen; viel Geld ausgeben) 7. Übertriebener Optimismus 8. Wahrnehmungsstörungen (Farben, Hyperakusis) 9. Verlust sozialer Hemmungen
Art der psychosozialen Beeinträchtigung	Veränderung in der Lebensführung mit schweren Beeinträchtigungen
Ausschlusskriterien	Nicht substanzinduziert oder nicht durch einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor bzw. nicht organisch bedingt

Grenze zwischen gesund und krank bei hypomanischen Phasen oft schwierig

den ist, kann es sich um eine relevante affektive Episode handeln. In diesem Fall spricht man von einer *hypomanischen Phase*. In Tabelle 2 sind die Kriterien für diese leichter ausgeprägte Variante einer Manie aufgelistet. Wenn man diese mit denen für eine manische Episode vergleicht, wird direkt ersichtlich, dass sich in den Formulierungen beider Zustände Unterschiede finden, die auf Unterschiede in der Intensität der Symptome hinweisen (z. B. Verlust sozialer Hemmungen versus übermäßige Vertrautheit).

Ein entscheidendes und hilfreiches Differenzierungskriterium ist, dass eine hypomane Episode nur diagnostiziert werden darf, wenn die Veränderungen im Verhalten auch für Dritte beobachtbar sind. Es muss also eine erkennbare Abweichung vom typischen Verhaltensmuster einer Person vorliegen. Dieses Kriterium hilft vor allem eine Entscheidung darüber zu fällen, ob es lediglich um eine „gute Stimmung“ oder um eine hypomane Episode handelt.

Gemischte (auch atypische) Episoden zeigen zeitgleich bzw. im raschen Wechsel depressive und maniforme Symptome

Die sogenannten *gemischten affektiven Episoden* stellen einen besonderen Fall dar und werden oft nicht hinreichend beachtet. Es gibt hierfür in den Diagnosesystemen keine spezifischen Symptome, sondern sie werden als Mischform maniformer und depressiver Symptome verstanden. Es wird dann eine gemischte affektive Episode diagnostiziert, wenn die Betroffenen *gleichzeitig* sowohl Anzeichen für depressive als auch für (hypo-)manische Episoden zeigen oder die Symptome in schnellem, z. T. stunden-

Tabelle 2: Kriterien für eine hypomanische Episode nach ICD-10

Begriff	Hypomanische Episode
Stimmung	Abgrenzbare Periode mit deutlich gehobener oder gereizter Stimmung
Dauer	Mindestens einige Tage
Anzahl erforderlicher Symptome	Mindestens einige weitere Symptome
Symptome	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selbstüberschätzung 2. Vermindertes Schlafbedürfnis 3. Gesteigerter Antrieb bzw. Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit 4. Gesteigerte Gesprächigkeit 5. Auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlich-seelischer Leistungsfähigkeit 6. Gesteigerte Geselligkeit 7. Übermäßige Vertrautheit 8. Gesteigerte Libido 9. Flegelhaftes Verhalten
Art der psychosozialen Beeinträchtigung	Veränderung in der Lebensführung mit leichten Beeinträchtigungen
Ausschlusskriterien	Keine Manie und Zylothymie, keine psychotischen Symptome, nicht substanzinduziert oder nicht durch einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor bzw. nicht organisch bedingt

weisen Wechsel aufeinanderfolgen (z. B. Depressivität gepaart mit Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, fehlendem Schlafbedürfnis und Suizidalität). In der ICD-10 wird dabei als Zeitkriterium definiert, dass eine solche gemischte Symptomatik mindestens 2 Wochen vorliegen muss.

Die Häufigkeit solcher gemischter Episoden hängt stark von der zugrunde gelegten Definition ab. Wenn man sehr konservative Kriterien, wie z. B. in der ICD-10, zugrunde legt, dann kommt man zu Häufigkeitsschätzungen von 5 bis 8 %. Aber die klinische Erfahrung ist, dass Manien für viele Patienten keine ausschließlich positive Erfahrung von gehobenem Selbstwert, wundervollen Ideen und grenzenloser Energie sind, auch wenn sie formal noch nicht die Kriterien für eine gemischte Episode erfüllen.

1.2.1 Diagnosekriterien

Die beiden Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10 unterscheiden sich im Hinblick auf die einzelnen affektiven Episoden eher nur in Details und weniger in grundsätzlichen Aspekten.

ICD und DSM unterscheiden sich bezüglich Kriterien der affektiven Episoden wenig

Im folgenden Kasten und in Abbildung 1 sind die möglichen Diagnosen dargestellt. Zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik depressiver Störungen verweisen wir erneut auf Hautzinger (2010) und Hautzinger und Meyer (2002).

Bipolare Störungen in der ICD-10:

- Bipolare affektive Störung (F31)
- Sonstige bipolare affektive Störung (F31.8)
- Zykllothmia (F34.0)
- Hypomanie (F30.0)
- Manische Episode (F30)
 - ohne psychotische Symptome (F30.1)
 - mit psychotischen Symptomen (F30.2)
- Gemischte affektive Episode (F38.00)
- Schizoaffective Störung (F25)*

Anmerkung: * Die Schizoaffective Störung gehört formal zur Kategorie „Schizophrenie und andere psychotische Störungen“. Aufgrund ihrer Nähe zur bipolaren Störung mit psychotischen Merkmalen ist sie hier jedoch mit aufgenommen.

Eine Differenzierung, die nur im DSM-IV explizit gemacht wird, die aber therapeutisch relevant ist, betrifft die Unterscheidung, ob im bisherigen Verlauf der bipolaren Störung ausschließlich hypomanische oder auch manische Phasen auftraten. Im letzteren Fall handelt es sich um die klassische Form der manisch-depressiven Störung, die als Bipolar-I-Störung bezeichnet wird. Wenn sich jedoch depressive Episoden mit hypomanen Phasen abwechseln, so spricht das DSM-IV von der Bipolar-II-Störung. In der ICD-10 kann man sie zwar ebenfalls unter F31.8 verschlüsseln, aber davon wird in der Praxis selten Gebrauch gemacht.

Bipolar-II-Störung wird unter F31.8 verschlüsselt

Da der Schweregrad bipolarer Störungen meist an der Manie festgemacht wird, erscheint die Bipolar-II-Störung als die weniger schwere Erkrankung. Man wird aber bei dieser Sichtweise dem Umstand nicht gerecht, dass es sich dabei oft um die chronischere und wechselhaftere Variante handelt. Im Hinblick auf das Aufsuchen psychotherapeutischer Unterstützung kommen diese Patienten seltener mit dem Ziel einer Rezidivprophylaxe nach einer akuten Episode, sondern vermehrt im akut depressiven Zustand in Behandlung.

Von „Rapid Cycling“ wird dann gesprochen, wenn die Betroffenen innerhalb eines Jahres mindestens vier affektive Episoden erleben, die entweder durch eine vollständige Remission (Symptomfreiheit) voneinander abgegrenzt sind oder durch ein Kippen in eine Episode entgegengesetzter Polarität (z. B. manisch → depressiv) gekennzeichnet sind. Diese Variante ist im ICD-10 unter F31.8 „sonstige bipolare affektive Störungen“ mit dem Zusatz „schnelle Phasenwechsel“ kodierbar.

Rapid Cycling ist eine bipolare Störung mit schnellem und häufigem Phasenwechsel

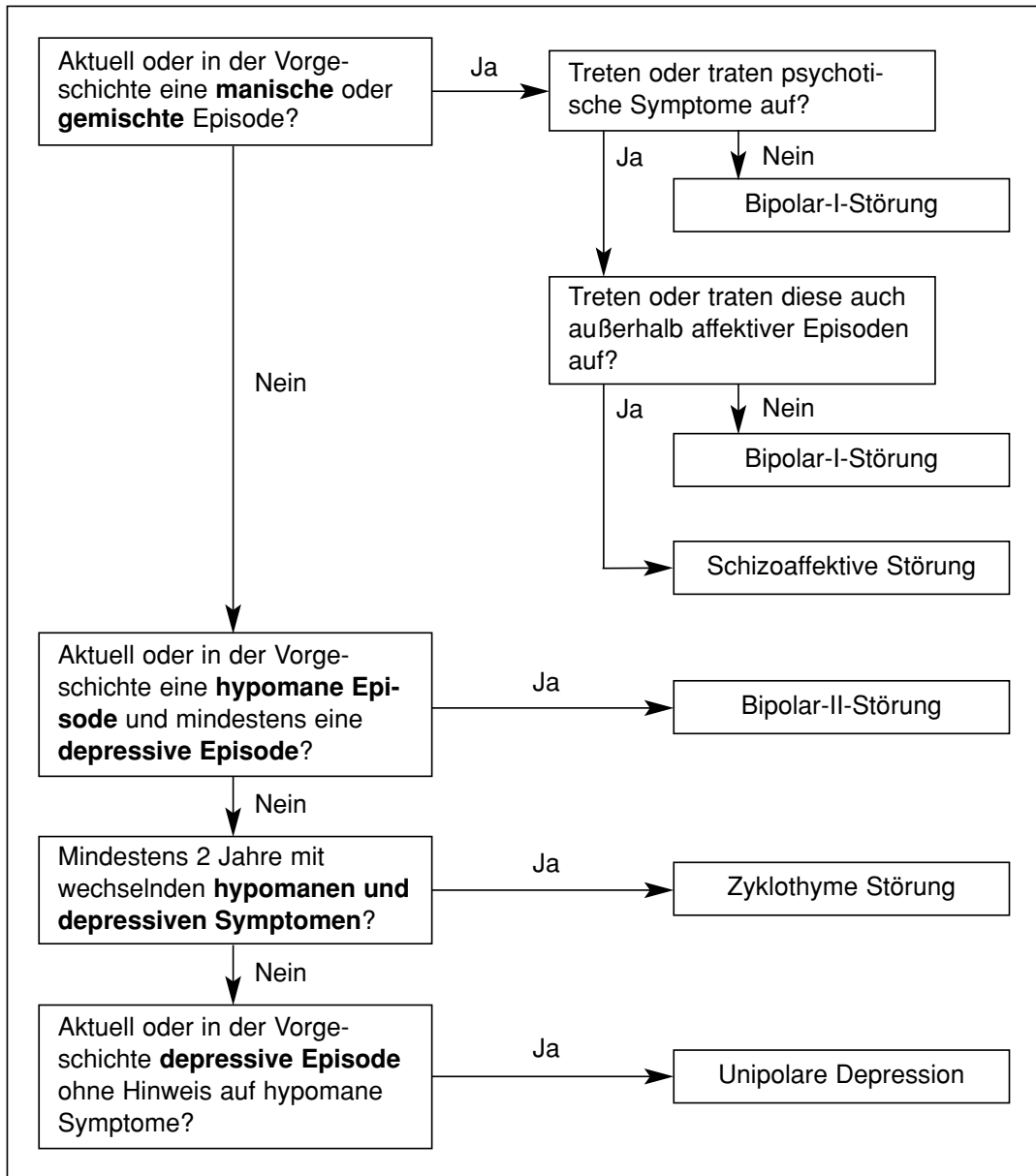


Abbildung 1: Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum bipolar affektiver Störungen

Bei der zyklotyphen Störung bzw. Zyklothymia handelt es sich um eine chronische abgeschwächte Form der bipolaren Störung, die durch eine andauernde affektive Instabilität charakterisiert ist. Phasen depressiv-dysphorischer Stimmung wechseln mit Phasen leicht gehobener, euphorischer oder reizbarer Stimmung. Die zyklotyphen Störung ist zwar chronisch, aber die Stimmung kann gelegentlich auch normal und wochenlang stabil sein. Das Zeitfenster einer weitgehend ausgeglichenen Stimmung darf allerdings wie bei der dystyphen Störung zwei Monate nicht überschreiten. Im Verlauf dürfen jedoch weder die Kriterien für eine Manie noch für eine Major Depression bzw. schwere depressive Episode jemals erfüllt sein, weil ansonsten die Diagnose „Bipolare Störung“ gerechtfertigt ist.

1.2.2 Differenzialdiagnostische Überlegungen

Im Zusammenhang mit der Diagnostik hypomaner Episoden wurde bereits darauf hingewiesen, dass ein zentrales Problem in der Diagnostik maniformer Zustände die Unterscheidung zwischen „normalen“ und klinisch relevanten Schwankungen in der Stimmung und im Antrieb ist. In solchen Zuständen suchen die Betroffenen selten professionelle Hilfe auf und selbst wenn sie es tun, werden sie die aktuelle Stimmung nicht als Problem definieren, sondern als „gute, kreative oder produktive Zeit“ beschreiben, in der das morgendliche Aufstehen leichtfällt, anstehende Aufgaben mit Leichtigkeit bewältigt werden und dennoch Zeit für angenehme Dinge bleibt. Es ist meistens das unmittelbare Umfeld, wie z. B. Angehörige oder Freunde, das die Veränderungen bemerkt und das Verhalten der Betroffenen als Abweichung von deren normalem Selbst erlebt. Abgesehen davon, dass entsprechende Symptome in depressiven Phasen oft von den Betroffenen nicht berichtet werden, werden solche Zustände auch von Fachleuten – insbesondere nach akuten depressiven Schüben – als „hypomane Nachschwankungen“ im Rahmen unipolarer Depressionen gewertet, so dass die Bipolarität der Symptomatik fälschlicherweise nicht erkannt und diagnostiziert wird. Oft berichten auch die Betroffenen selbst vermeintlich plausible Gründe für den derzeitigen Zustand (z. B. bestandene Prüfung, vermehrtes Arbeitsaufkommen, Verliebtsein), die durchaus nachvollziehbar klingen mögen, aber dennoch die Diagnose maniformer Episoden nicht ausschließen. Wir konnten in einer Studie zeigen, dass die Angabe des Patienten, verliebt gewesen zu sein, bei ansonsten identischen Symptomen die Wahrscheinlichkeit einer bipolaren Diagnose von 73 % auf 38 % reduzierte. Unsere Studie zeigte, dass selbst erfahrene Psychotherapeuten dazu neigen, solche Erklärungen von Betroffenen als hinreichend zu bewerten und eine bipolare Störung ungerechtfertigterweise auszuschließen.

Bipolare Störungen werden oft verkannt, da zu wenig präzise nachgefragt

Es ist wichtig, genau zu eruieren, wie lange die gehobene oder reizbare Stimmung anhält und ob gleichzeitig Anzeichen für ein subjektiv verringertes Schlafbedürfnis, vermehrte Geselligkeit oder Gesprächigkeit oder gesteigertes Aktivitätsbedürfnis vorliegen. Sobald ein solches Muster an Symptomen einige Tage anhält, sollte das Vorliegen einer bipolaren Störung in Betracht gezogen werden, anstatt dies als „hypomane Nachschwankung“ für diagnostisch irrelevant zu erklären. Nur ein gezieltes Nachfragen im Rahmen einer entsprechenden Diagnostik kann Fehldiagnosen und daraus folgende Fehlbehandlungen verhindern.

1.2.2.1 Abgrenzung zur Schizophrenie und zum Wahn

Als eine sehr schwierige Abgrenzung erweist sich die Differenzialdiagnose von „bipolar (mit psychotischen Symptomen)“ und „schizoaffektiv“. Abbildung 1 suggeriert, dass sich dies leicht differenzieren lässt und mit reflektierten Patienten im remittierten Zustand lässt sich diese Aufgabe auch

bewerkstelligen. Im akuten psychotisch-manischen Zustand ist allerdings eine differenzialdiagnostische Unterscheidung kaum möglich. Hier kann oft erst im Verlauf bestimmt werden, ob die psychotischen Symptome ausschließlich im Rahmen einer manischen Episode auftraten (= bipolar) oder auch ohne eine dominierende affektive Symptomatik persistierten (= schizoaffektiv). Verschiedene Studien zeigen, dass vor allem bei jüngeren Patienten, sofern psychotische Symptome auftreten, eher die Diagnose einer (hebephrenen) Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung in Erwägung gezogen wird als die Diagnose „manisch-depressiv“.

Die Abgrenzung einer schizoaffektiven Störung bedarf der Verlaufsbeobachtung

Ein zusätzlicher Aspekt, der die Differenzialdiagnostik erschwert, ist die nosologische Zuordnung psychotischer Symptome. Wenn es sich um stimmungskongruente Wahnvorstellungen handelt (z. B. Größenwahn, religiöser Wahn, Verfolgungswahn bei vorherrschend reizbarer Stimmung), besteht weitgehend Einigkeit darüber, dies dann als „manisch mit psychotischen Merkmalen“ zu klassifizieren. Obwohl das Auftreten stimmungsinkongruenter Wahnvorstellungen und Halluzinationen im Rahmen affektiver Episoden kein Ausschlusskriterium darstellen, wird das Vorhandensein von „Symptomen ersten Ranges“ nach Kurt Schneider oft als Indiz gewertet, dass es sich um eine Störung aus dem schizophrenen Spektrum handelt. Das bedeutet, dass beim Vorliegen von z. B. kommentierenden Stimmen, Gedankeneingebung oder Beeinflussungswahn einige Kliniker zu einer Diagnose aus dem schizophrenen Spektrum tendieren. In einer Stichprobe von Psychiatern fanden wir, dass die Wahrscheinlichkeit einer bipolaren Störung von 85,7 % auf 29,4 % sank, sobald akustische Halluzinationen im Rahmen einer Manie erwähnt wurden. Dies zeigt, dass eine einzige Information dramatische Auswirkungen auf unsere diagnostischen Entscheidungen haben kann, unabhängig davon, ob dies gerechtfertigt ist oder nicht. Eine Spezifität, z. B. akustischer Halluzinationen oder Beeinflussungswahn, wurde nie belegt und das Vorliegen derartiger Symptome rechtfertigt noch keine Diagnose einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung. Es ist deshalb wichtig, auch beim Vorliegen psychotischer Symptome genau und gründlich zu befragen, den Verlauf zu beobachten und alle relevanten Informationen bei der Entscheidung mit einzubeziehen. Das DSM-IV berücksichtigt aus diesem Grund für die Differenzialdiagnose auch ausschließlich den zeitlichen Verlauf affektiver und psychotischer Symptome.

1.2.2.2 Abgrenzung zu Persönlichkeitsstörungen

Eine andere differenzialdiagnostische Abgrenzung ergibt sich mit Bezug auf die antisoziale, histrionische und emotional-instabile (Borderline-)Persönlichkeitsstörung. Probleme ergeben sich insbesondere beim Fehlen psychotischer Symptome und dann, wenn man den Patienten nicht hinreichend lange kennt. Es kann vorkommen, dass maniforme Symptome fälschlicherweise als Hinweise für eine der genannten Persönlichkeitsstörungen gewertet werden. Das oft distanzlose, egozentrische, grenzüberschreitende, über-

Die Abgrenzung einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung bedarf der zusätzlichen Diagnostik mittels Fremdbeobachtungen hinsichtlich Verlauf und Dauer, Symptommuster, Komorbiditäten

hebliche, impulsive oder reizbare Verhalten kann z. B. als narzisstisch oder antisozial erlebt werden. Insbesondere, wenn Patienten in einem hypomanen Zustand untersucht werden, kann eine diagnostische Entscheidung schwierig sein. Die Versuchung, bei Schwankungen im Affekt und im Selbstwert an eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu denken, ist verständlich. Insbesondere bei Patienten mit einer Bipolar-II-Störung, mit einer zylothymen Störung oder mit dem Subtypus „Rapid cycling“ kann sich die Differenzialdiagnostik schwierig gestalten.

Merke:

Hilfreich für eine Abgrenzung sind:

1. *Systematische und umfassende Diagnostik:* Dabei wird zuerst mittels eines strukturierten klinischen Interviews eruiert, ob relevante psychische Erkrankungen, also eine affektive Störung, vorliegen, bevor irgendwelche Symptome als Anzeichen für Persönlichkeitsstörungen gewertet werden. Fremdanamnestiche Informationen sollten ergänzend einbezogen werden.
2. *Verlauf und Dauer der Symptome:* Es ist wichtig, ein besonderes Augenmerk auf den phasenhaften oder nicht phasenhaften Verlauf zu richten. Maniforme Episoden dauern einige Tage an (dies gilt auch für eine gemischte Symptomatik) und haben einen klaren Beginn und ein umschriebenes Ende und stellen eine deutliche Veränderung zum üblichen Verhalten der Person dar. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung schwankt die Stimmung von Tag zu Tag oder auch von Stunde zu Stunde. Die Stimmung dieser Patienten erscheint zudem reaktiver, situationsgebundener und schwankt nicht primär zwischen Depressivität und Euphorie.
3. *Spezifische Symptommuster:* Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung fehlen typische maniforme Symptome, wie z. B. gesteigerter Antrieb, überhöhtes Selbstwertgefühl, andauernd erhöhtes Energieniveau, gesteigerte Libido oder geringeres Schlafbedürfnis. Umgekehrt sind parasuizidale Verhaltensweisen für bipolar affektive Störungen nicht typisch. Sofern Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diese Anzeichen zeigen, sind sie kurzlebig und eher reaktiver Natur (z. B. provozierendes sexuelles Verhalten).
4. *Komorbidität:* Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sollte zusätzlich zu einer bipolar affektiven Störung oder einer zylothymen Störung nur dann vergeben werden, wenn die Symptome definitiv seit dem Jugendalter oder frühen Erwachsenenalter vorhanden sind und nicht ausschließlich im Rahmen hypomaner, manischer oder depressiver Phasen auftreten.

Diese Überlegungen machen deutlich, dass diagnostische Urteile nicht ohne eine hinreichende differenzialdiagnostische Abklärung getroffen werden sollten. Eine zuverlässige Diagnostik bipolar affektiver Störungen erfordert ein angemessenes, multimethodales Instrumentarium, was neben der