

Bipolare Störungen erkennen

Die Kunst der korrekten Diagnose

Heinz Grunze & E. Severus, München

Trotz vieler Fortschritte in den verschiedenen Diagnosekriterien liegen zwischen der ersten affektiven Episode und einer korrekten Diagnosestellung fünf bis zwölf Jahre. Allerdings schätzt man, dass nur bei etwa einem Viertel der Patienten mit Bipolarer Störung eine solche überhaupt erkannt wird. Klinische Erfahrung spielt bei der Kunst der Diagnose eine große Rolle.

Die Diagnose bipolarer Erkrankungen wird heute unter Hinzuziehung standardisierter diagnostischer Kriterien der verschiedenen Klassifikationssysteme gestellt. In den USA sowie im Forschungsbereich findet dabei überwiegend das Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) Anwendung [1], in der übrigen Welt die von der WHO herausgegebene International Classification of Diseases (ICD-10) [10]. Für die Diagnose nach DSM-IV ist zudem ein diagnostisches Interview – der so genannte SKID – entwickelt worden, der zu einer erhöhten Treffsicherheit und Reproduzierbarkeit der Diagnosen beitragen soll. Trotz all dieser Bemühungen vergehen jedoch nach verschiedenen Untersuchungen im Durchschnitt fünf bis zehn Jahre zwischen einer ersten affektiven Episode und der korrekten Diagnose einer bipolaren Störung [8; 9]. Jedoch nur der geringste Teil bipolar Erkrankter wird überhaupt je korrekt diagnostiziert; man schätzt, dass bei ca. 800 000 an einer Bipolar-I-Störung Erkrankten in Deutschland weniger als 200 000 als solche erkannt werden. Noch weniger werden nach der Diagnose auch dem medizinischen Wissensstand entsprechend behandelt.

Wie ist diese Diskrepanz zu erklären? Dies lässt sich am besten anhand der unterschiedlichen Formen bipolarer Störungen aufzeigen. Die typische Bipolar-I-Störung ist durch das zumindest einmalige Auftreten einer manischen Episode gemäß den Kriterien nach DSM-IV oder ICD-10 charakterisiert. Das ICD-10 kennt dabei die manische Einzelepisode als eigene Diagnosekategorie, das DSM-IV verfolgt das

Konzept, dass bereits eine manische Episode die Diagnose einer bipolaren Störung sichert, da in über 95 % der Patienten über kurz oder lang es auch zu depressiven Phasen kommt. Zentrales Merkmal der Manie ist die Beschleunigung und Enthemmung mentaler, motorischer, handlungs- und verhaltensbezogener Funktionen. Als Symptome fallen überschießende Gefühlserregung mit positiver und negativer Tönung (Euphorie und Dysphorie), Größenideen, Selbstüberschätzung, Hyperaktivität, Ideenflucht, Rededrang, Irritabilität, reduziertes Schlafbedürfnis, enthemmtes Verhalten sowie bei schwersten Manien auch psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Denken und Verhalten, katatone Symptome) auf. Maximal die Hälfte der typischen Manien ist durch die sonst als charakteristisch angesehene Euphorie gekennzeichnet; bei nicht weni-

gen Patienten treten zeitgleich depressive Symptome hinzu, die im Extremfall zur Diagnose eines Mischzustandes, d.h. das gleichzeitige Vorliegen aller Symptome einer Manie und einer typischen Depression führen können. Wer mit dieser Tatsache nicht vertraut ist, wird oft diese Mischsymptomatik nicht einer bipolaren Störung zuordnen. Auch die bereits erwähnten psychotischen Symptome auf dem Höhepunkt der Manie führen häufig zur Fehldiagnose einer Schizophrenie oder aber zumindest einer schizoaffektiven Psychose. Insbesondere jugendliche männliche Erkrankte weisen in bis zu 30 % der Fälle stimmungsinkongruente psychotische Merkmale auf [3]. Katatone Symptome sind bei bis zu 20 % schwerer Manien beschrieben.

Nach Hypomanien fragen

Abgeschwächte Formen der Manie sowie die Hypomanie, die im Rahmen von Bipolar-II-Störungen auftritt, können bei Kindern und Jugendlichen oft als Attentional Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) missgedeutet werden, da hier eine große Überlappung von Symptomen vorliegt. Wegweisend sind hier oft nur der episodenhafte Verlauf sowie Größenideen, Selbstüberschätzung und rücksichtsloses Verhalten als Zeichen einer Manie. Eine Fehlbehandlung mit Stimulanzien – beispielsweise Ritalin – kann solche manischen Symptome noch entsprechend verstärken.

Gerade in der Manie kommt es bei vielen Patienten zu exzessivem Alkohol- oder

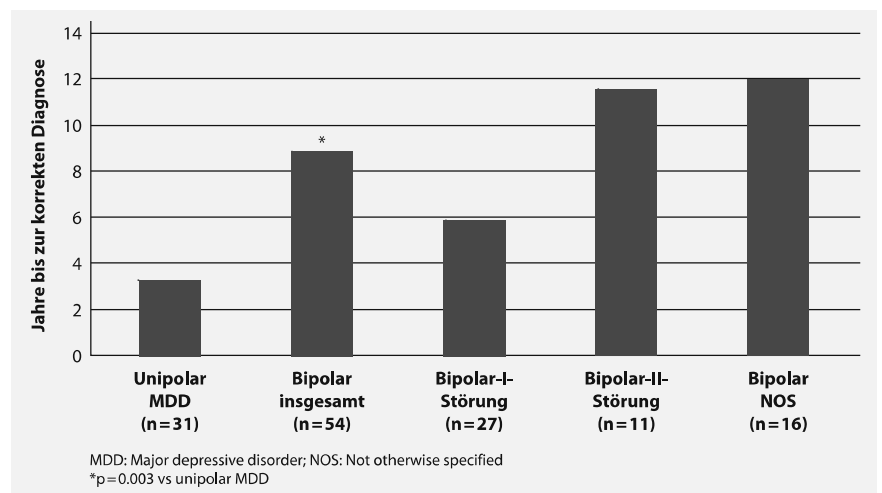


Abb. 1: Latenz zwischen erster Episode und korrekter Diagnose einer bipolaren Störung (nach Ghaemi, präsentiert als Poster beim APA 2000)

Drogenkonsum, der das klinische Bild ebenso verschleiern kann. Es wird geschätzt, dass mindestens 20% der Patienten von Suchtkliniken eine bipolare Störung als zugrunde liegende Erkrankung haben.

Bipolar-II-Störungen sind durch wiederkehrende Depressionen und mindestens eine Hypomanie, oft in unmittelbarer Folge der Depression, gekennzeichnet. Während bei der Bipolar-I-Störung das Geschlechterverhältnis etwa gleich verteilt ist, überwiegen bei Bipolar-II-Störungen Frauen. Nach einer Untersuchung von *Ghaemi et al.* vergehen bei Bipolar-II-Störungen etwa zwölf Jahre zwischen erster Episode und korrekter Diagnose, also noch deutlich länger als bei einer Bipolar-I-Störung (Abb. 1). Häufigste Fehldiagnose ist die rezidivierende unipolare Depression, da die hypomanen Phasen von dem Patienten nicht als krankhaft empfunden und entsprechend nicht berichtet werden, umgekehrt aber auch vom Arzt selten erfragt werden. Konsequenz kann oft eine jahrelange, unzureichende Behandlung ausschließlich mit Antidepressiva sein, die in manchen Fällen Manien erzeugen können und den Krankheitsverlauf im Sinne eines Rapid-cycling (vier oder mehr Episoden pro Jahr) beschleunigen können. Die Symptome einer bipolaren Depression unterscheiden sich nicht deutlich von denen einer unipolaren Depression. Im Regelfall verläuft sie schwerer und mit deutlicheren psychosozialen Einschränkungen [5]. Verlangsamung und Hemmung psychischer Funktionen sind Kernsymptome, im Gefühlsleben dominieren niedergedrückte Stimmung, eine Hemmung der Gefühle bis hin zum Gefühl der Gefühllosigkeit, eine Verlangsamung von Denken, Sprache und Motorik, deutliche Antriebsstörungen, in nicht wenigen Fällen jedoch auch eine ungerichtete psychomotorische Unruhe, Störung der Biorhythmik mit Symptomen wie Durchschlafstörungen sowie Früherwachen und einem typischen Morgentief, körperliche Symptome wie Obstipation oder Übelkeit und schließlich – als gefährlichste Folge – eine zunehmende Bereitschaft zum Suizid. Häufiger als bei unipolaren Depressionen kommt es bei bipolaren Depressionen allerdings auch zu so genannten „paradoxen Symptomen“ wie beispielsweise vermehrtem Appetit und verlängerter Schlafzeit [4].

Im Unterschied zu Patienten mit rezidivierenden Depressionen erkranken bipolare Patienten deutlich früher, nämlich in der Adoleszenz und dem frühen Erwachsenenalter. Daher sollte auch ein junges Lebensalter bei einer ersten depressiven Episode unbedingt an eine mögliche bipolare Störung denken lassen.

Bei Hypomanien keine psychotischen Symptome

Die entgegengesetzte Phase der Bipolar-II-Störung, die Hypomanie, ist durch ein ähnliches Symptomspektrum wie die Manie, allerdings in sehr viel leichterem Ausprägung ohne tiefgreifende soziale Konsequenzen charakterisiert. Psychotische Symptome kommen bei Hypomanien nicht vor, allerdings – vor allem bei Frauen – auch hypomane Mischzustände (mixed hypomania). Als willkürliches zeitliches Kriterium wurde für die Hypomanie die Dauer von vier Tagen gewählt. Bei Aufweichung dieses Zeitkriteriums und Zulassen auch kürzerer Dauern konnte *Prof. Jules Angst* in einer großen Untersuchung zeigen, dass dann deutlich mehr Patienten nicht mehr die Diagnose einer rezidivierenden Depression, sondern einer Bipolar-II-Störung tragen müssten. Dies hat auch Konsequenzen für die Behandlung, da diese Patientengruppe in einem höheren Maße gefährdet ist, beispielsweise durch antidepressive Therapie eine manische Symptomatik zu entwickeln. Idealerweise sollte auch bei ihnen daher eine kombinierte Therapie mit einem Stimmungsstabilisierer und einem Antidepressivum, wie für bipolare Depressionen empfohlen, erfolgen.

Rapid-cycling

Als besondere Verlaufsform bipolarer Störungen wird das so genannte Rapid-cycling charakterisiert. Definiert ist es als ein Krankheitsverlauf mit vier oder mehr Episoden pro Jahr. Die Definition beruht auf einer Untersuchung von *Dunner & Fieve* [2], in der gezeigt wurde, dass die prophylaktische Wirksamkeit von Lithium bei Patienten mit vier oder mehr Episoden pro Jahr rapide nachlässt. Neuere Untersuchungen [6] konnten allerdings zeigen, dass vier Episoden keine „magische Grenze“ darstellen, sondern dass bipolare Störungen als ein Kontinuum anzusehen sind, bei dem die Episodenzahl pro Jahr mit verschiedensten Prädiktoren eines schlechteren Verlaufes linear korreliert (wie z.B. Lithium-Nonresponse). Ein Rapid-cycling kann bereits zu Beginn der Erkrankung vorliegen, sich zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes entwickeln, aber auch wieder abklingen. Insbesondere bei jugendlichen Erkrankten tritt häufig ein bipolarer Phänotyp mit einer chronischen Symptomatik ohne klar abgrenzbare Episoden und einem permanenten Rapid-cycling, Irritabilität und Übererregbarkeit statt Euphorie und Grandiosität auf. Gerade hier ist die Abgrenzung zur ADHD oft sehr schwer [7]. ■

Literatur bei den Verfassern oder im Internet unter www.derneurologe-psiater.de

Korrespondenz:
Dr. E. Severus, Dr. H. Grunze (✉)
Psychiatrische Klinik und Poliklinik der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Nußbaumstraße 7, 80336 München

FAZIT FÜR DIE PRAXIS:

- › **Bipolare Erkrankungen sind eine häufige, aber nur in einem Bruchteil der Fälle korrekt diagnostizierte Erkrankungen.**
- › **Häufige Fehldiagnosen sind die rezidivierende Depression, die Schizophrenie, die schizoaffektive Störung, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie ADHD.**
- › **Oft vergehen viele Jahre bis zur korrekten Diagnose, die meist auch nur durch die Längsschnittbetrachtung des Krankheitsverlaufes möglich wird.**
- › **Die Diagnose einer Bipolaren Störung ist als ärztliche Kunst anzusehen, da sie deutlich erfahrungsabhängig ist und ausschließlich mit klinischen Mitteln bewerkstelligt werden kann.**
- › **Diagnostikhilfen wie standardisierte Interviews und Rating-Skalen können Unterstützung leisten, sind aber auch von der Erfahrung und dem Training des Raters abhängig. Dennoch sollte aufgrund der langfristigen Konsequenzen der Erkrankung bis hin zur hohen Suizidgefährdung in jedem Fall eine frühzeitliche Diagnose und Therapieeinleitung angestrebt werden.**