

# Bipolare Erkrankung: Ursprünge und moderne Entwicklungen

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christian Simhandl, Dr. Christian Wunsch



Schon vor langer Zeit erkannten Psychiater immer wieder die Inhomogenität bipolarer Erkrankungen (Wernicke, 1900; Leonhard, 1957), für die zahlreiche Begriffssysteme und Einzelbezeichnungen verwendet wurden. Dies lässt sich besonders im geschichtlichen Rückblick anhand der großen Vielfalt an Klassifikationssystemen ablesen. Kräpelin ging es vor allem in seinen frühen Schriften um eine Abgrenzung zum eher chronischen Verlauf der schizophrenen Erkrankungen. Das Phänomen der Bipolarität stellt sich so komplex dar, dass es in der Psychiatrie zu unterschiedlichen Konstrukten führte. In der heutigen Diagnostik der ICD-10 und der DSM-IV sind bipolare Erkrankungen jedoch schlecht erfasst und beschrieben. Es werden hauptsächlich schwere klinische Formen erfasst. Die Vielfalt der Ausprägungen wird oftmals weder diagnostisch noch therapeutisch berücksichtigt.

## Ein historischer Rückblick

Die ersten Beschreibungen, die auf eine manisch-depressive Erkrankung deuteten werden uns schon in den hebräischen Urkunden, teils noch in sehr blumiger, bunter Formulierung beschrieben.

Sei es **König Saul** (1000 v. Chr. König von Israel), der von teilweise andauernden Wutanfällen gefolgt von Melancholie geplagt war, oder **Nebukadnezar**, der König von Babylon, den man mit Melancholie mit Sinnesdelirien, gefolgt von Tobsucht und Raserei beschrieb.

Einen tragischen Verlauf zeigte die Behandlung von König **Ben Hadad**, König von Syrien, der lange Zeit mit diversen Wasserkuren gegen seine beschrie-

bene Melancholie behandelt wurde, an der er letztendlich verstarb (aus „Sitten und Gebräuche der alten Hebräer“ von Dr. Trusen, Breslau 1853)

Bereits in der urweltlichen Epoche finden sich Aufzeichnungen über bipolare Wurzeln. **Herkules** wurde als Erkrankter der Tobsucht beschrieben und mit dem damaligen Heilmittel (Helleborus Nieswurze) geheilt.

Auch im alten Griechenland sind Berichte über affektive Störungen zu finden:

Philosophen wie **Sokrates** (470–399 v. Chr.), **Plato** (427–347 v. Chr.) und **Aristoteles** (384–322 v. Chr.) verwendeten den Begriff des Manischen mit unterschiedlichen Bedeutungen.

Gerade aber die Darlegungen seelischer Vorgänge durch den griechischen Arzt **Hippokrates** von Kos (460–370 v. Chr.), dem die Schriften des „Corpus hippocraticum“ zugeschrieben werden, sind bemerkenswert. Sie folgen dem Konzept der Körpersäfte (Humores), die sich beim Gesunden im Gleichgewicht befinden, bei Krankheit jedoch im Ungleichgewicht. Diese Theorie war weit reichend und über Jahrhunderte vorherrschend.

Die vier Säfte „Blut“ (sanguis), „gelbe Galle“ (cholè), „schwarze Galle“ (melas cholè) und „Schleim“ (phlegma) sind heute noch mit den Temperamenten und mit den Begriffen Sanguiniker, Cholerika, Melancholiker und Phlegmatiker verbunden (Brieger, 2004).

Ernährung, Bewegung und Aderlässe waren die Kernstücke bei Hippokrates Therapie, um die aus dem Gleichgewicht

geratenen Säfte bei Melancholie und Manie wieder auszugleichen (Flahar, 1996; Berrios, 1988).

Weiters interessant zu erwähnen sind zum Beispiel **Asklepades** aus Prusa in Bythynien (100 v. Chr. in Rom): Er unterteilte die Insania bereits in mehrere Bereiche der Psyche.

**Areteus v. Kappadokien** (81–138 n. Chr.) gab eine sorgfältige Beschreibung von Melancholie und Manie. Seiner Meinung nach war die Melancholie nur ein Anfang und Teil der Manie und umgekehrt! Er wies auch schon darauf hin, dass diese Zustände nicht auf Intoxikationen durch Pflanzen oder auf Fieberdelirien zurückzuführen sind, beziehungsweise dass die Symptomatik andersgestaltig ist. Er war somit der erste, welcher wie heute bei ICD-10 und DSM IV schon differentialdiagnostische Überlegungen anstellte. Die Manie unterschied er bereits in „heiter gestimmte, zornige und Zerstörungssüchtige“ Formen.

Beeindruckend ist auch **Caelius Aurelianus** (ca. 450), der bereits die Melancholie und die Manie als Erkrankung aus der Psyche entstehend sah. Eine Überlieferung beschreibt seine Behandlungsempfehlung der Manie: „Dunkelheit, Ruhe, Diät, Enthaltbarkeit von sinnlichen Genüssen“. Er war auch einer der Ersten, der gegen Hunger, Ketten, Züchtigungen und gegen Beschränkung der Kranken eintrat. Zitat: „Es ist leichter die Krankheit mit Händen zu behandeln, als sie mit starken Bändern zu halten.“

In den folgenden Jahrhunderten geriet das Krankheitskonzept der bipolaren

Störung in Vergessenheit, bis 1554 ein Manuskript von **Aretaeus v. Kappadokien** mit dem Titel „Über Ursache und Symptome akuter und chronischer Erkrankungen“ wieder auftauchte. Bis zur Etablierung in psychiatrischen Diagnosemanualen bzw. Klassifikationssystemen sollte es noch ein weiter und wechselhafter Weg werden.

Um 1845 war **Professor Karl Wilhelm Stark** (1787–1845) wieder einer, der mit einem Thema der bipolaren Störungen aufhorchen ließ: Er führte den Begriff „Hyperthymie“ ein und beschrieb damit manische Symptome.

Ab diesem Zeitpunkt beschäftigte man sich in der Literatur vermehrt mit dem manischen Pol und dessen Unterscheidungen. Ohne den Begriff der Hypomanie zu gebrauchen, gibt **Wilhelm Griesinger** (1817–1868) eine lebhaft und detaillierte Beschreibung der Hypomanie: Steigerung der Geschäftigkeit, des Wollens, Bedürfnis die Außenwelt nach exzentrischen Projekten zu verändern und umzugestalten (Griesinger 1845).

Im Jahre 1851 erhielt das bipolare Krankheitsbild Aufmerksamkeit durch den Franzosen **Jean-Pierre Falret** (1794–1870) mit der Bezeichnung des zirkulären Irreseins („folie circulaire“): gekennzeichnet durch wiederkehrende, abwechselnde, kontinuierliche Zyklen von Manie, Melancholie und einem symptomfreien Intervall. Auf Falret ist die Anerkennung der „folie circulaire“ als eine eigenständige, psychiatrische Erkrankung zurückzuführen (Angst, 1997; Angst und Marneros, 2001; Langer, 1994; Pichot, 1995; Marneros und Angst, 2000).

Im Jahre 1854 veröffentlichte **Jules Baillarger** das Konzept „folie a double forme“. Im Gegensatz zu seinem Zeitgenossen Falret geht er von einem Krankheitskonzept aus, bei dem die Manie und die Melancholie ineinander übergehen. Freie Intervalle werden bei ihm nicht als Diagnosekriterium für sein Krankheitskonzept akzeptiert.

Auch in Deutschland wurde das Konzept „folie circulaire“ aufgenommen. Hauptsächlich war es **Karl Kahlbaum**, der dies als großen Fortschritt erkannte: „Das zyklische Irresein gehört zu den wenigen psychischen Krankheitsformen, welche einigermaßen allgemeine Anerkennung gefunden haben. Für den

praktischen Arzt bietet diese Form ein besonderes Interesse, weil sie, nicht selten vorkommend, sehr häufig eine so geringe Intensität zeigt, dass sie außerhalb der Anstalt ihren Verlauf macht (Kahlbaum 1884).

### Die Wende mit Emil Kraepelin

Das Konzept des „manisch-depressiven Irreseins“ wurde von Emil Kraepelin (1856–1926) eingeführt. Er teilte endogene Psychosen in „Dementia praecox“ und das „manisch-depressive Irresein“ ein (Kraepelin, 1899). Sämtliche Formen der affektiven Störungen, auch die Unterscheidung zwischen unipolaren und bipolaren Erscheinungsformen, werden zusammenfassend als „manisch-depressives Irresein“ bezeichnet. Zwar brachte diese Strukturierung einen deutlichen Fortschritt, in der starken Vereinfachung zeigt es jedoch auch deutliche Mängel. Kraepelin beschreibt 1913, dass „das manisch-depressive Irresein erbliche Faktoren besitzen könnte“. Beeindruckend auch Kraepelins Beobachtung, wonach auch in der leichtesten Ausprägung der Erkrankung ein Mangel der Kognition und Logik zu bemerken sei.

### Wernicke, Kleist und Leonhard

Kraepelins Konzept stieß jedoch auch auf scharfe Kritik, wie z.B. von Wernicke, Kleist und Leonhard. Besonders Wernicke widersprach der Betrachtungsweise, dass die Melancholie ein untergeordnetes Erscheinungsbild des „manisch-depressiven Irreseins“ sein soll.

Die Begriffe der „unipolaren“ und „bipolaren“ Erkrankung wurden erstmals von **Karl Kleist**, einem Schüler Wernickes, geprägt, der ebenso wie sein Lehrer das Konzept Kraepelins verwarf.

Auch Leonhard widersprach der Einteilung und unterteilte selbst das „manisch-depressive Irresein“ in fünf Unterformen:

- manisch-depressive Krankheit
- reine Melancholie
- reine Manie
- reine Depression
- reine Euphorie

Untermalt von interessant und detailliert geschilderten Fallbeispielen (insgesamt 125) beweist er die Manie als „den Gipfel eines chronisch hypomanen Zustands“ (Leonhard 1957).

### ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 (WHO, 1992) und DSM-IV (APA, 1994) sind Diagnosesysteme für eine breite klinische Anwendung im stationären und ambulanten Bereich. Die Diagnosen stellen Arbeitshypothesen dar, welche mehr oder weniger gut validiert sind.

Diagnosen dienen nicht nur der Statistik und der Verwaltung, sondern sollen auch der Kommunikation unter Ärzten und im ärztlich therapeutischen Handeln (Aufklärung, Prognose, Procedere) eine Hilfestellung darstellen. ICD-10 und DSM-IV bilden die bipolaren Erkrankungen eher nur in ihren schweren Ausprägungen (Bipolar I) ab. Die wichtigsten Symptome sind die der Stimmungsqualität. Ebenso wichtig ist nach ICD-10 die deutliche soziale Beeinträchtigung. Diese ist bei vielen Patienten über lange Zeit nicht unbedingt gegeben. Die häufigste Form, nämlich die Bipolar-II-Störung (Hypomanie mit wiederkehrender Depression) ist schon als Restgruppe unter „sonstige bipolare affektive Störungen“, F31.8, gemeinsam mit Rapid cycling zu diagnostizieren. Die anderen Subgruppen werden gar nicht abgebildet und gehen in dieser Diagnostik verloren.

### Moderne Entwicklung

Die berechtigte Kritik Kleists und Leonhards an Kraepelins einverleibendem Konzept des „manisch-depressiven Irreseins“ blieb lange Zeit ohne weitreichende Folgen, weil es „...an genügenden Beweisen fehlte, um die herkömmliche Zusammenfassung all dieser Erkrankungen unter dem Oberbegriff des manisch depressiven Krankseins ernsthaft zu erschüttern“ (Angst, 1966). Leonhard unterteilte die sogenannten zyloiden Psychosen in Angst, Glückspsychose, die Motilitätspsychose und Verwirrtheitspsychose. Leonhard entwickelte eine sehr differenzierte Betrachtungsweise. Einerseits zeigen diese Krankheitsbilder einen akuten und phasischen Verlauf wie das manisch-depressive Geschehen, andererseits gehen sie mit psychotischen Symptomen einher. Dieses Konzept ist in der deutschsprachigen Literatur sehr verbreitet, konnte sich aber nicht durchsetzen. Diese diagnostischen Randgruppen oder Untergruppen können auch heute mittels ICD-10 und DSM-IV nur schlecht diagnostiziert werden.

Unabhängig von einander veröffentlichten **Jules Angst** und **Carlo Perris** im

Jahre 1966, ausgehend von den Ansichten Kraepelins sowie Leonhards und Kleists, Studienergebnisse und postulierten anhand ihrer Untersuchungen die Eigenständigkeit von bipolaren und unipolaren Erkrankungen. **Pierre Pichot** (1995) bezeichnet dies auch als die „Wiedergeburt“ der bipolaren Erkrankungen.

Die Unterformen der Manie erhielten besondere Aufmerksamkeit, als **Dunner et al.** den Begriff Bipolar-I (mindestens eine manische oder gemischte Episode) und Bipolar-II (rezidivierende Depression mit Hypomanien) einführten (Dunner et al., 1976).

In weiterer Folge führte **Hagop Akiskal** anhand klinischer Beobachtungen und Untersuchungen die Kategorie der Bipolar-III-Störung ein (Akiskal, 1979; Akiskal, 2003). Akiskal beobachtete das Auftreten von hypomanischen und manischen Episoden anhand von Behandlungen depressiver Episoden mit damals trizyklischen Antidepressiva. Akiskal

nahm an, dass die Hypomanie als Folge der medikamentösen Behandlung eintritt. Einige Jahre später wurden diese Überlegungen von **Klerman** (1981) weitergeführt. Er differenzierte die bipolaren Erkrankungen, die er auch als manisches Spektrum bezeichnete, von BP-I bis BP-VI:

- I. mindestens eine manische oder gemischte Episode;
- II. rezidivierende Depressionen mit Hypomanien;
- III. durch Psychopharmaka hervorgerufene Hypomanie;
- IV. Zykllothymia;
- V. pseudounipolar, d.h. depressive Diagnose, für eine bipolare Erkrankung jedoch positive Familienanamnese;
- VI. unipolar manische Episode.

Neben Bipolar-I und -II zählten demnach auch Erkrankungen wie das „hyperthyme Temperament“ und die „pseudounipolare Ausprägung“ in den Bereich der bipolaren Erkrankung. Diese

Kategorisierung wurde mehrfach überarbeitet, konnte sich jedoch nicht durchsetzen.

Inzwischen verfolgen moderne Konzepte die Idee eines bipolaren Spektrums (Akiskal und Mallya, 1987, Akiskal und Pinto, 1999; Akiskal et al., 2002; Ghaemi, 2003) – die Erkrankung wird als ein Kontinuum angesehen. Mit diesem Wegweisenden Konzept begann eine neue Ära, die einen Entwicklungsschub sowohl in der Diagnostik als auch in der klinischen, pharmakologischen und genetischen Forschung über bipolare Störungen mit sich brachte.

Akiskal untersuchte und validierte jede einzelne der Bipolar-Untergruppen in den letzten 30 Jahren. Er wies auch auf die Nähe anderer diagnostischer Konzepte aus der Neurosenlehre (Borderline-Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Persönlichkeitsstörung) und Differentialdiagnosen oder Komorbiditäten (Sucht) vor allem bei leichteren Krankheitsverläufen hin.

**Angst** wies in seinen vielen Arbeiten der letzten Jahre auf die diagnostische Bedeutung der Hypomanie in der Vorgeschichte hin. Er gibt dem Symptom der Hyperaktivität eine besondere Bedeutung, die er als möglicherweise diagnostisch höherwertig ansieht im Vergleich zur Beurteilung der Stimmungslage.

Wie auch immer man die neuen Konzepte der Bipolaren Erkrankung sehen mag, stellt die Fehldiagnose durch die alleinige Betrachtung der akuten Symptomatik (Querschnittssymptomatik) das größte Problem dar. Die Diagnose einer unipolaren Depression ist noch immer die mit Abstand häufigste Fehldiagnose wie auch Befragungen von Patientenvereinigungen zeigen (siehe „Depression und Manie“ von Christian Simhandl, 2007).

*Ao.Univ.-Prof. Dr. Christian Simhandl  
Dr. Christian Wunsch  
BIPOLAR Zentrum Wiener Neustadt  
Bahngasse 43  
A-2700 Wiener Neustadt  
Tel.: +43/664/103 53 51  
psychiatrie@simhandl.at*