



C. Simhandl, Wiener Neustadt

Serie Bipolare Erkrankung

Sorgfältige (Differenzial-) Diagnostik ist entscheidend

Teil 2

Betroffene, bei denen eine bipolare Erkrankung diagnostiziert wird, suchen oftmals wegen depressiver Symptome einen Arzt auf. Zwecks Abgrenzung unipolar – bipolar ist es wichtig, bei der Anamnese auch vorangegangene Symptome zu erfassen, die auf eine Manie oder Hypomanie hinweisen können.

Unipolare Depression und bipolare Erkrankung erfordern unterschiedliche Therapien. Daher ist die diagnostische Unterscheidung von großer Bedeutung. Die aktuelle Basis für die Diagnostik sind das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR 1994) der amerikanischen Psychiatervereinigung sowie das der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10).

Diagnostische Abgrenzung unipolare Depression – bipolare Erkrankung

Viele bipolar Erkrankte suchen häufig in der depressiven Phase zum ersten Mal einen Arzt auf – dies erschwert die Diagnose. Traten im Vorfeld auch Symptome einer – häufig nur leicht ausgeprägten – Manie auf, wurden diese von den Betroffenen oftmals gar nicht bemerkt. Dies gilt besonders für eine hypomanische Episode, da diese kürzer andauert und einen leichteren Verlauf nimmt als eine voll ausgeprägte Manie. Die Antwort auf folgende Frage dient als wichtiges Abgrenzungskriterium zwischen uni- und bipolarer Erkrankung: Ist einer derzeit herrschenden depressiven Episode ein Stimmungshoch mit Schlafverkürzung und Hyperaktivität vorangegangen? Falls ja, deutet dies auf eine bipolare Erkrankung hin. Weitere wichtige Kriterien können mittels Diagnose-Fragenkatalog abgeklärt werden.

(Siehe Kasten auf nebenstehender Seite)

Klinisches Spektrum: Bipolar I bis VI

Bei **Bipolar I** (Depression und Manie) bietet sich das klassische Bild der bipolaren Erkrankung mit klar definierten mittelschweren und schweren depressiven Episoden sowie voll ausgeprägten manischen oder gemischten Episoden. **Bipolar II** (Depression und Hypomanie) ist gekennzeichnet durch das Auftreten von zumindest einer hypomanen Episode und depressiven Episoden. Die Depression erscheint vorrangig in Form von Energielosigkeit (atypische Depression), die hypomanen Episoden können vorher oder direkt im Anschluss daran auftreten. Bei **Bipolar III½** (Depression und Zykllothymie) liegen deutliche Depressionen und leichte Hypomanien mit Irritierbarkeit vor, das sogenannte „freie Intervall“ ist jedoch nicht wirklich beschwerde- und symptomfrei. **Bipolar III** ist eine durch Antidepressiva demaskierte bipolare Störung, Hypomanie tritt erst dann auf, wenn es im Rahmen der Depressionsbehandlung mit Antidepressiva, Elektroheilkrafttherapie, Schlafentzugsbehandlung oder Lichttherapie zu kurzen hypomanen „Nachschwankungen“ kommt. Unter **Bipolar III½** versteht man eine durch Drogen demaskierte bipolare Störung, die durch den Wechsel von Erregtheit und leichter Depression gekennzeichnet ist; ihr besonderes Merkmal ist gehäufte Alkohol- und Drogenmissbrauch. Bei dem Typus **Bipolar IV** (Depression und Hyperthymie) wechseln depressive Episoden mit hyperthymem Temperament. Der Krankheitsbeginn liegt oft

relativ spät (= nach dem 50. Lebensjahr). **Bipolar V** weist ein unipolar depressives Krankheitsbild auf, jedoch gibt es in der Familie gehäuft bipolar Erkrankte. Besonderes Kennzeichen dieses Typus ist das häufige Wiederkehren depressiver Episoden trotz medikamentöser Therapie mit Antidepressiva. Unter **Bipolar VI** werden jene bipolaren Patienten zusammengefasst, die frühzeitig eine Demenz entwickeln.

Diagnostische Kriterien der Depression nach ICD-10

Der Begriff Depression wird im allgemeinen Sprachgebrauch mittlerweile für viele Formen des „Schlechtfühlens“ verwendet. Man versteht darunter von „ich bin nicht gut drauf“ über „ich bin traurig“ bis hin zu einer schweren Depression. Schwierig dabei ist auch, dass der Schweregrad der Depression von außen nicht sichtbar ist. Jeder hat sein eigenes Bild von der Depression. Das einzig Gemeinsame ist lediglich, dass es „nichts Gutes“ ist. In der Psychiatrie werden Einzelsymptome klar in ihrer Art (Qualität) und Ausprägung (Quantität) beschrieben:

Wie erkennt man eine Depression nach ICD-10?

Um von einer Depression zu sprechen, muss der Patient:

1. In einem ungewöhnlichen Ausmaß eine depressive Stimmung aufweisen, welche die meiste Zeit des Tages und fast jeden Tag, im Wesentlichen unbe-

einflusst von äußeren Umständen, und zumindest über zwei Wochen anhält.

2. Interessens- oder Freudverlust an Aktivitäten zeigen, die normalerweise angenehm waren.
 3. Verminderten Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit zeigen.
- Es müssen mindestens 2 der 3 aufgezählten Symptome vorliegen.

Eines oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome bis zu einer Gesamtzahl von 4 Symptomen bei einer leichten depressiven Episode sind:

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid, suizidales Verhalten
4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
6. Schlafstörungen jeder Art
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

Eine mittelgradig depressive Episode erfordert mindestens 6 der Zusatzsymptome, von einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome

Differenzialdiagnosen

- **Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43):** Diese diagnostische Kategorie verlangt ein außergewöhnliches Lebensereignis, das „einzig und allein“ die Ursache ist. Traten bisher noch keine psychischen Auffälligkeiten auf, ist diese Diagnose in Betracht zu ziehen. Kam es bereits wiederholt zu Verstimmungen mit „Hochs und Tiefs“, ist eine bipolare Erkrankung zu erwägen.
- **Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60):** Diese wird folgendermaßen definiert: „Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.“ Vor dem 17. Lebensjahr ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich unangemessen.
- **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.30 impulsiver Typus, F60.31 Borderline-Typus):** Persönlichkeitsstörungen beginnen meist in der Adoleszenz und sind relativ gleichmäßig verlaufende psychische Erkrankungen. Handelt es sich um abgesetzte Episoden oder Phasen, so ist auch ein Bipolar-II½-Verlauf oder, wenn Alkohol oder Drogen eine Rolle spielen, ein Bipolar-III½-Verlauf möglich.
- **Schizoaffektive Störungen (F25):** Dabei handelt es sich um episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in der gleichen Krankheitsphase auftreten, meistens gleichzeitig oder höchstens durch einige Tage getrennt. Diese diagnostische Gruppe wird deshalb immer wieder in die Nähe der bipolaren Erkrankung gerückt, weil sie einerseits einen günstigeren Vergleich zur schizophrenen Erkrankung zeigt und andererseits die davon Betroffenen von Stimmungsstabilisierern relativ gut profitieren.

werden alle drei Grundsymptome gefordert. Eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) ist erfüllt, wenn zusätzlich Wahnideen oder Halluzinationen wie Schuld-, hypochondrischer, nihilistischer, Beziehungs- oder Verfolgungswahn oder depressiver Stupor auftreten.

Weitere typische Merkmale neben den diagnostischen Kriterien sind Aktivitätseinschränkungen mit sozialem Rückzug

und Vernachlässigung des äußeren Erscheinungsbildes sowie Tagesschwankungen der gesamten Symptomatik. Vor allem bei älteren Betroffenen stehen oftmals körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Nacken- und Gelenksbeschwerden oder vegetative Symptome wie Verstopfung, Haarausfall, Schwitzen, Tinnitus etc. im Vordergrund. Bei sehr vielen depressiven Menschen ist das sexuelle Verlangen deutlich vermindert.

Fragenkatalog für die Diagnostik der bipolaren Erkrankung

Anamnese

- frühere psychische Erkrankungen des Patienten
- frühere psychische Erkrankungen in der Familie
- Alkohol-, Drogen- und/oder Tablettengebrauch
- postpartale Stimmungsschwankungen
- schwerer und/oder unerwarteter Stress
- chronische oder episodische Verlaufsform von Stimmungsschwankungen
- Suizidversuche in der Vorgeschichte

Hinweise auf Depression abklären

- Können Sie sich noch wie früher über etwas freuen?
- Gehen Sie so wie früher Ihren Interessen/Hobbys nach?
- Können Sie Entscheidungen treffen?
- Hat sich Ihr Appetit/Körpergewicht verändert?
- Hat sich Ihr Selbstwertgefühl verändert?
- Denken Sie manchmal, dass Ihr Leben nicht lebenswert ist?

- Leiden Sie an (Ein-, Durch- oder frühmorgendlichen) Schlafstörungen?
- Ist Ihre Konzentrations- und Denkfähigkeit beeinträchtigt?
- Fühlen Sie sich energie- und/oder antriebslos?
- Hat sich Ihr Körpergefühl verändert?

Hinweise auf Manie abklären

Kennen Sie Phasen,

- in denen Sie weniger Schlaf brauchen als sonst, ohne müde zu sein?
- in denen Sie überaktiv, voller Ideen und Tatendrang sind?
- in denen Ihre Stimmung besonders gehoben oder gereizt ist?
- in denen Sie einen erhöhten Rededrang verspüren?
- mit exzessiver Genusssucht?
- in denen Sie wegen Ihrer gehobenen oder überschießenden Stimmung Probleme mit Familienmitgliedern, Freunden oder Kollegen haben?

Wie erkennt man in Abgrenzung zur Depression eine bipolare Erkrankung?

Wenn Patienten ausschließlich depressive Symptome schildern und diese erneut auftreten, spricht man von einer rezidivierenden depressiven Episode (ICD-10 F33). Die Diagnose rezidivierende Depression ist nicht zutreffend, wenn vor allem in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter hypomane Episoden oder auch sonst im Verlauf des Lebens unbehandelte, nicht erkannte manische Episoden aufgetreten sind. Ist dies der Fall, spricht man bereits von einer bipolaren Erkrankung. Liegt das Vollbild einer Manie vor, bezeichnet man diesen Verlauf als Bipolar I, sind lediglich hypomane Episoden aufgetreten als Bipolar II.

Diagnostische Kriterien der Hypomanie nach ICD-10

Der Zustand der Hypomanie beschreibt eine leicht gehobene Stimmungslage mit vermindertem Schlafbedürfnis. Die Hypomanie wird in der Regel vom Betroffenen als angenehm empfunden und in aller Regel nicht als krankhaft bewertet. Üblicherweise wird deswegen keine Medikation empfohlen. Ausnahme: Wenn der hypomane Zustand unmittelbar nach einer Depression oder im Rahmen eines bereits bekannten manisch-depressiven Krankheitsgeschehens auftritt, kann dieser, vor allem ohne medikamentöse Behandlung, auch ein Vorstadium einer manischen Episode sein. In diesem Fall ist eine **kurzfristige Wiederherstellung** des Betroffenen absolut notwendig, ebenso eine gezielte Aufklärung, worauf in der Lebensführung besonders zu achten ist. In diesem Zustand ist unbedingt auf einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus zu achten und Alkohol strikt zu vermeiden.

Wie erkennt man eine Hypomanie?

- A) Die Stimmung ist in einem für die Betroffenen deutlichen Ausmaß an mindestens 4 aufeinanderfolgenden Tagen gehoben oder gereizt.
- B) Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorhanden sein und die persönliche Lebensführung beeinträchtigen:
 1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
 2. Gesteigerte Gesprächigkeit

- 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit
- 4. Vermindertes Schlafbedürfnis
- 5. Gesteigerte Libido
- 6. Übertriebene Einkäufe oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten
- 7. Gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit
- C) Die Kriterien für eine manische Episode, bipolare affektive Störung, Zylothymie sind nicht erfüllt.
- D) Nicht auf Missbrauch psychotroper Substanzen oder eine organische Störung zurückzuführen

Diagnostische Kriterien der Manie nach ICD-10

Bei der Diagnosestellung einer Manie geht es darum abzuklären, ob es sich um einen Zustand handelt, der eine Änderung gegenüber dem früheren üblichen Zustand darstellt.

Ihr Ideenreichtum und ihre Kreativität machen diese Menschen sehr charismatisch und unterhaltsam. Erst in einem späteren Stadium, wenn der Rededrang (Logorrhö) zu stark wird, werden diese Menschen anstrengend und ihr Verhalten auffällig. Der Gedankengang ist beschleunigt, es tritt sprunghaftes Denken auf, was zu einer sprunghaften Sprache führen kann. Übertriebener Optimismus, Abenteuerlust, Extravaganz und erhöhte Risikobereitschaft sind gerade für Angehörige oft schwer zu ertragen. Die Therapie ist nicht zuletzt deswegen schwierig, weil Maniker oftmals nicht gesprächsbereit sind bzw. auch gar nicht das Gefühl haben, krank und daher behandlungsbedürftig zu sein.

Wie erkennt man eine Manie ohne psychotische Symptome?

- A) Die Stimmung ist vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und für die Betroffenen deutlich abnorm. Dieser Stimmungswechsel muss auffällig sein und mindestens eine Woche anhalten (oder Krankenhauseinweisung).
- B) Mindestens 3 der folgenden Merkmale müssen vorliegen (4, wenn die Stimmung nur gereizt ist) und eine schwere Störung der persönlichen Lebensführung verursachen:

1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
2. Gesteigerte Gesprächigkeit (Rededrang)
3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen
4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt
5. Vermindertes Schlafbedürfnis
6. Überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn
7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen
8. Tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z.B. Lokalrunden geben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Autofahren
9. Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit
- C) Fehlen von Halluzinationen oder Wahn, Wahrnehmungsstörungen können aber vorkommen (z.B. geschärftes Hören oder geschärftes Sehen von Farben)
- D) Nicht auf Missbrauch psychotroper Substanzen oder eine organische Störung zurückzuführen

Take-Home-Messages

- Verschiebungen des Schlaf-Wach-Rhythmus und im Tagesablauf sind einer der markantesten Hinweise auf eine bipolare Erkrankung.
- Eine Hypomanie oder Manie fällt oft erst dann auf, wenn sich zusätzlich auch das Schlafverhalten verändert, man also mit wenigen Stunden Schlaf auskommt, ohne tagsüber müde zu sein.
- Ein- und Durchschlafstörungen können einer Depression vorangehen bzw. diese begleiten.
- Der Wechsel zwischen riskantem Verhalten und sozialem Rückzug ist ein weiteres typisches Kriterium der Erkrankung.
- Um eine entsprechende Diagnose stellen zu können, bedarf es einer genauen Exploration.

Wie erkennt man eine Manie mit psychotischen Symptomen?

- A) Die Episode erfüllt die Kriterien für eine Manie ohne psychotische Symptome mit Ausnahme des Kriteriums C.
- B) Die Episode erfüllt nicht gleichzeitig die Kriterien für eine Schizophrenie oder schizomanische Störung.
- C) Wahnideen oder Halluzinationen kommen vor, aber andere als die unter F20 bis F20.3 aufgelisteten typisch schizophrenen Erkrankungen. Am häufigsten sind Größen-, Liebes-, Beziehungs- oder Verfolgungswahn.
- D) Nicht auf Missbrauch psychotroper Substanzen oder eine organische Störung zurückzuführen

Wie erkennt man, ob eine bipolare Erkrankung vorliegt?

Anhand des längerfristigen Krankheitsverlaufs und der Vorgeschichte ist zu entscheiden, ob der derzeitige Zustand einer bipolaren Erkrankung zuzuordnen ist oder nicht.

Allgemeine Beschreibung der gemischten Episode

Unter „gemischt“ versteht man das gleichzeitige oder rasch wechselnde Auftreten von Symptomen der Manie und der Depression. Der Betroffene hatte wenigstens eine manische, hypomanische oder gemischte affektive Episode in der Anamnese und zeigt gegenwärtig entweder eine Mischung oder einen raschen Wechsel von manischen, hypomanischen und depressiven Symptomen. Zum Beispiel: depressive Stimmung und Überaktivität und Rededrang, manische Stimmung und Größenideen mit Agitiertheit, Antriebslosigkeit und Libidoverlust. Die Überlappung der Symptome dauert zumindest zwei Wochen an (ICD-10).

Im amerikanischen Diagnosesystem, dem DSM-IV-TR, wird die gemischte Episode hingegen mit einer Dauer von nur einer Woche und dem gleichzeitigen Auftreten deutlich depressiver als auch manischer Symptome mit deutlicher sozialer Beeinträchtigung (Arbeit, Beziehung, Krankenhausaufenthalt, psychotische Symptome) beschrieben. Dies ist eine sehr enge Sichtweise der gemischten Episode, welche zu unterschiedlichen Interpretationen von Studienergebnissen führt, je nachdem, ob die Untersuchungen in Amerika oder in Europa durchgeführt worden sind.

In der nächsten Ausgabe lesen Sie: Medikamentöse Therapien der bipolaren Erkrankung

Literatur beim Verfasser

Autor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Christian Simhandl
Facharzt für Psychiatrie & Neurologie,
BIPOlar Zentrum Wiener Neustadt
E-Mail: psychiatrie@simhandl.at
www.simhandl.at
neu120700