

Bipolare Störungen – diagnostische Aspekte

Auch wenn einem bei diesem Thema als erstes „himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“ einfällt, so spiegelt dies zwar dramatische Höhepunkte, aber nicht den typischen Verlauf der Erkrankung wider. Diese ist in der Mehrzahl der Patienten eher durch sich oft lang hinziehende Depressionen oder eine beständige Unausgeglichenheit der Stimmungslage, die sich nicht immer in klare Episoden abgrenzen lässt, charakterisiert. Diese Vielzahl von Symptomen und Syndromen war schon den Erstbeschreibern der Erkrankung, so Aretäus von Kappadokien und Hippokrates in der Antike durchaus geläufig. Auch in der deutschen Tradition ist der Krankheitsbegriff eher weitgefasst, Kraepelin beschrieb nicht weniger als 8 verschiedene, häufig anzutreffende Verlaufsformen des „zirkulären Irreseins“. Vieles, was heute wie eine neue Entdeckung erscheint, wie Mischzustände und rapid cycling, stellt nur eine Wiederbelebung der früheren differenzierten Diagnostik dar. Im Bestreben, Krankheiten zu klassifizieren und Diagnosen zu operationalisieren (an eindeutigen Symptomen „festmachen“) und damit der Forschung zugänglich zu machen, entstanden in den letzten Jahrzehnten verschiedene Klassifikationssysteme, so das amerikanische DSM (Diagnostic and Statistical Manual) und das im überwiegenden Rest der Welt gebräuchliche ICD (International Classification of Diseases). Auch in ihren jeweils letzten gegenwärtig gültigen Fassungen DSM-IV [1] und ICD-10 [6] herrscht unverändert ein sehr eingeschränkter Krankheitsbegriff, der die Symptome und Beschwerden vieler Patienten nur teilweise und unzureichend widerspiegelt. Da aber die gegenwärtige Therapieforschung auf dieser operationalisierten Diagnostik beruht, ist es doch bis zu einem gewissen Grad sinnvoll, eine dieser Diagnosen dem Betroffenen zuzuordnen. Dadurch ergibt sich nämlich beispielsweise eine unterschiedliche Wahrscheinlichkeit auf das Ansprechen bestimmter Medikamente, und somit ein unterschiedlicher Ausgangspunkt einer medikamentösen Therapie.

Die allgemein akzeptierten diagnostischen Kategorien unterscheiden dabei zwischen der aktuellen Querschnittssymptomatik, sowie Episodencharakteristika und -häufigkeit im längerfristigen Verlauf. In der aktuellen Querschnittssymptomatik wird bei der Manie zwischen der reinen euphorischen Manie, Mischzuständen, d.h. dem gleichzeitigen Vorhandensein depressiver Symptome, und psychotischen Manien unterschieden. Zusätzlich können bei nicht wenigen, nämlich bis zu einem Viertel der Manien, auch katatone Symptome, wie man Sie sonst eher der Schizophrenie zuordnen würde, auftreten. Auch die Depressionen werden dahingehend unterschieden, ob sie zusätzliche psychotische oder somatische Beschwerdemerkmale aufweisen. Weiterhin wird die Schwere der Symptomatik klassifiziert, also schwer, mittelschwer oder leicht, wobei letzteres im Bereich der Manien der sogenannten „Hypomanie“ entspricht. Die zweite Ebene der Klassifikationssysteme betrachtet die jeweils schwerste Episode im bisherigen Gesamtverlauf der Erkrankung; wurden zumindest einmalig alle Kriterien der Manie erfüllt, so wird die Erkrankung als Bipolar-I-Störung bezeichnet. Gab es hingegen nur hypomane Episoden, aber mindestens einmal eine Episode, die alle Kriterien der typischen Depression erfüllt hat, spricht man von einer Bipolar-II-Störung. Findet sich hingegen eine andauernde Stimmungsinstabilität über mindestens 2 Jahre, wobei jedoch keine Stimmungsveränderung alle Schwere- oder Zeitdauerkriterien einer Manie oder einer typischen Depression erfüllte, so spricht man von einer Zykllothymia oder zyklothymen Störung.

Schließlich wird nach der Häufigkeit des Auftretens der Episoden unterschieden. Patienten, die im vorausgegangenen Jahr mindestens 4 oder mehr Episoden hatten, werden als „rapid cycler“ bezeichnet. Diese Unterscheidung geschah aufgrund früherer Beobachtungen, dass diese Patientengruppe in der Akut- aber auch Langzeittherapie meist nicht so gut auf Lithium anspricht wie Patienten mit wenigen Episoden [3]. Neuere Untersuchungen des Stanley Foundation Bipolar Network [5] zeigen jedoch, dass es keine abrupte Veränderung des Krankheitsverlaufes ab der 4. Episode gibt, sondern dass es sich vielmehr ein Kontinuum handelt: Je mehr Episoden in einem definierten Zeitraum auftreten, desto schlechter ist das Ansprechen auf medikamentöse Therapie, insbesondere auf Lithium.

Gerade aufgrund des starren Rahmens der diagnostischen Kriterien gibt es in der klinischen Praxis nicht wenige Patienten, die sich nicht in diese Systeme einordnen lassen. Hierfür haben diese Klassifikationssysteme die Kategorie „Bipolar NNB“ (= nicht näher bezeichnet) geschaffen. Dabei ist es selbst in Fachkreisen umstritten, welche Patienten dieser Kategorie angehören. Typisches Beispiel hierfür sind Patienten mit wiederholten Hypomanie, die aber nie eine Depression oder Manie erlitten haben. Oft auch hält die Kategorie Bipolar NNB her, wenn der behandelnde Arzt mit der Erkrankung nicht so vertraut ist, etwa mit der Grenzziehung zwischen stimmungskongruenten (der Stimmungslage angemessenen) und stimmungsinkongruenten (=unangemessenen) psychotischen Symptomen. Neben der dann oft gestellten Verlegenheitsdiagnose einer schizo-affektiven Störung werden auch hier viele Patienten der unspezifischen Bipolar-NNB-Diagnose zugeordnet. Schwierig ist auch die Einordnung von Patienten, die durch die Gabe eines trizyklischen Antidepressivums in der Depression nun einen Stimmungsumschwung in die Manie erleben. Streng genommen handelt es sich um eine durch eine chemische Substanz getriggerte Manie, ähnlich einer drogeninduzierten Psychose, weswegen sie nach den ICD und DSM IV-Kriterien z. B. den sogenannten „Störungen durch psychotrope Substanzen“ zuzuordnen wäre. Umgekehrt ist jedoch bekannt, dass im Regelfall nur Patienten mit einer deutlichen genetischen Belastung für bipolare Störungen diesen sogenannten „Switch“ unter antidepressiver Therapie erleben. Man könnte also die Annahme vertreten, dass die Manie über kurz oder lang sowieso aufgetreten wäre, die Antidepressivagabe nur den „Tropfen, der das Fass zum Überlaufen gebracht hat“, darstellt. Diese Sichtweise bedingt, dass auch bei diesen Patienten der Einsatz von stimmungsstabilisierenden Medikamenten, auch längerfristig, zu überlegen wäre. Die diagnostischen Kriterien einer bipolaren Störung nach DSM IV sind in der nachfolgenden Tabelle 1 zusammengefasst. Die im klinischen Alltag besonders wichtigen sogenannten Bipolar-II-Störungen sind hier, aber z.B. nicht im ICD-10 klassifiziert. Dort werden sie oft unter rezidivierender Depression eingestuft, obwohl die Behandlung insbesondere hinsichtlich der Gabe eines Stimmungsstabilisierers sich grundlegend unterscheidet. Das Gesagte macht deutlich, dass eine Klassifikation der bipolaren Störungen sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV nur Sinn für die Charakterisierung eines möglich homogenen Patientenkollektivs- etwa für Forschungszwecke - macht, oder rein zu Abrechnungszwecken gegenüber der Krankenkasse. Beschränkt kann auch auf die Therapie der ersten Wahl geschlossen werden, so etwa bei den typischen Bipolar-I-Störungen auf Lithium, bei atypischen Verlaufsformen hingegen eher auf Antiepileptika. Hier gilt allerdings schon die gemachte Einschränkung, dass beispielsweise Bipolar-II-Patienten, die in jedem Fall Kandidaten für eine Phasenprophylaxe mit einem Stimmungsstabilisierer sind, im ICD-10 oft als rezidivierende Depression falsch codiert werden und damit die Gefahr besteht, dass ihnen eher eine antidepressive Dauertherapie angeraten wird, die möglicherweise dann gehäuft zu einem „Switch“ in Hypomanie oder sogar in eine Manie führt. Aus dem Gesagten folgt zwingend, dass bipolare Erkrankungen so reichhaltig in ihren Symptomen und Syndromen sein können, dass letztendlich nur die individuelle und genau protokollierte Verlaufsbeobachtung eine optimale Therapie ermöglicht. Wichtigstes Hilfsmittel ist dabei die sogenannte „Life-Chart-Methodik“ [4], bei der der Patient in einer Art graphischem Tagebuch die täglichen Stimmungsausschläge und ihren Zusammenhang zu Lebensereignissen, Medikamenteneinnahme, Konsum von Alkohol oder Stimulantien sowie der Schlafdauer protokolliert. Auch protokolliert er dabei, ob beispielsweise die Stimmung innerhalb eines Tages häufiger umschlägt oder stabil bleibt, sowie die symptomale Ausprägung, z. B. der Manien als euphorische Manie, Mischzustand oder psychotische Manie. Bei optimaler Durchführung der Methodik werden in monatlichen Abständen die Aufzeichnungen des Patienten mit dem ärztlichen Eindruck korreliert und protokolliert. So ergeben sich über mehrere Monate oder Jahre langfristige Verläufe, die die vorherrschende Symptomatik und deren Zusammenhang zur Lebenssituation, aber auch das individuelle Ansprechen auf Medikamente wiedergeben.

Einteilung Bipolarer Störungen

Bipolar I (ICD 10: F30 und F31)

Mindestens eine manische Episode

Bipolar II (ICD 10: F31.8)

Rezidivierende Depressionen mit Hypomanien

(Hypomanie: ohne ausgeprägte Beeinflussung von Arbeit oder sozialer Aktivität,

gehobene Stimmung über mind. 4 Tage)

Zyklothymia (ICD 10: F34.0)

Chronische Phasen leichter Depressionen und Hypomanien, weniger als 2 Monate/Jahr symptomfrei

Gemischte/dysphorische Manie (ICD 10: F31.6)

Bipolar I-Störung mit gleichzeitigem Vorliegen manischer und depressiver Symptome.

Hiervon abzugrenzen sind die verschiedenen Verlaufsformen der bipolaren Erkrankungen:

Rapid cycling (ICD 10: F31.8)

Mindestens 4 Phasen pro Jahr (in ca. 20 % der Fälle)

Ultra rapid cycling (ICD 10: F31.8)

Phasenwechsel innerhalb von Wochen oder Tagen, mehr als 4 Episoden pro Monat

Ultradian cycling (ICD 10: F31.8)

Phasenwechsel innerhalb eines Tages, an mehr als 4 Tagen in der Woche

Wie erkenne ich eine Phase?

Manische Episode

- Die Stimmung ist für mindestens eine Woche ungewöhnlich gehoben oder auch gereizt und stellt eine schwere Beeinträchtigung der Lebensführung dar.
- Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorliegen: gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit, Rededrang, Ideenflucht, Gedankenrasen, Verlust sozialer Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, Ablenkbarkeit, ständiger Wechsel von Aktivitäten, tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, gesteigerte Libido.
- Es gibt manische Episoden mit und ohne psychotische Symptome, wobei sich normalerweise sogenannte stimmungskongruente (= der Stimmung entsprechende) Wahnsymptome entwickeln.

Hypomane Episode

- An vier aufeinander folgenden Tagen gehobene oder gereizter Stimmung.
- Mindestens drei der folgenden Merkmale: gesteigerte Aktivität, Unruhe, Gesprächigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Ablenkbarkeit, vermindertes Schlafbedürfnis, Libidosteigerung, leichtsinniges oder verantwortungsloses Verhalten, gesteigerte Geselligkeit.
- Die persönliche Lebensführung ist normalerweise nicht beeinträchtigt.
- Die Episode erfüllt nicht die Kriterien einer Manie.

Depressive Episode

- Eine depressive Episode kann leicht oder mittelgradig (F32.1) mit oder ohne somatische (= körperliche) Symptome verlaufen, sowie in eine schwere depressive Episode mit oder ohne psychotische Symptome eingeteilt werden.

1. Es gibt Hauptsymptome

depressive Stimmung, Verlust von Interesse und Freude, Antriebsmangel.

- Und Zusatzsymptome

Verlust des Selbstwertgefühls, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Todes- und Suizidgedanken, suizidales Verhalten, vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, Unentschlossenheit, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen, Appetitstörungen.

- Episodeneinteilung
 - leicht (zwei Haupt- und ein bis zwei zusätzliche Symptome)
 - mittel (zwei Haupt- und mindestens drei zusätzliche Symptome)
 - schwer (drei Haupt- und mehrere zusätzliche Symptome)