

**Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Andreas Marneros)

**Differenzierung hypomaner Symptomatik anhand einer neuen
Selbstbeurteilungsskala**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Judith Stefanie Jedida Katzmann geb. Böhringer
geboren am 25.12.1981 in Bielefeld

Betreuer: PD Dr. Peter Brieger

Gutachter: 1. PD Dr. Peter Brieger
2. Prof. Dr. Wolfgang Kaschka
3. PD Dr. Hans-Jörg Assion

Verteidigungsdatum: 09.09.2008

urn:nbn:de:gbv:3-000014314

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000014314>]

Referat

Fragestellung: Die vorliegende Arbeit widmet sich der statistischen Auswertung einer neuen, noch nicht ausreichend validierten Selbstbeurteilungsskala (Hypomania self-rating scale, HSRS), um ihre Brauchbarkeit hinsichtlich der Erforschung hypomaner Episoden und deren Symptomatik prüfen zu können. Dabei lag der Schwerpunkt in der statistisch zuverlässigen Unterscheidung zwischen zwei Diagnosegruppen (unipolar – bipolar) anhand des Fragebogens. Darüber hinaus wurden bereits vorhandene Ergebnisse aus zwei Voruntersuchungen aus Schweden und Italien mit denen der vorliegenden Studie verglichen.

Methode: Als Probanden konnten 132 Patienten, welche sich zum Befragungszeitpunkt in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden, aus der psychiatrischen Klinik der Universität Halle-Wittenberg und einer ambulanten Gemeinschaftspraxis gewonnen werden. Die Klassifizierung der Patienten in die zwei Gruppen wurde anhand der ambulanten und stationären Akten vorgenommen und unabhängig davon durch einen weiteren Rater verifiziert.

Ergebnisse: Das Antwortverhalten der beiden Vergleichsgruppen unterschied sich in mehreren Fragestellungen der Selbstbeurteilungsskala signifikant voneinander. Auch die Beantwortung einer Subskala des Fragebogens mit 32 Fragebogenelementen (HCL-32) war diagnoseabhängig. Wie schon in zwei Voruntersuchungen ergab die Faktorenanalyse dieser Subskala eine Zweifaktorenvariante.

Schlussfolgerung: Langfristiges Ziel in der Arbeit mit dem HSRS-Fragebogen ist dessen Verbesserung, Kürzung und Validierung. Die im Rahmen der vorliegenden Studie gewonnenen Daten haben jedoch gezeigt, dass der Fragebogen durchaus geeignet ist, in einigen Fragen statistisch zuverlässig, zwischen den zwei Diagnosegruppen zu unterscheiden. Im Vergleich zu anderen Selbstbeurteilungsskalen hat die HSRS den Vorteil, dass hypomane Episoden samt ihren Konsequenzen auch retrospektiv und somit längsschnittlich ermittelt werden. Die Ausführungen vorliegender Arbeit stellen jedoch noch keine systematische statistische Bearbeitung des Fragebogens dar. Seine Validierung sollte Gegenstand weiterer Studien sein.

Katzmann, Judith Stefanie Jedida: Differenzierung hypomaner Symptomatik anhand einer neuen Selbstbeurteilungsskala.
Halle, Univ., Med.Fak., Diss., 78 Seiten

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | ZIELSTELLUNG | 1 |
| 2 | EINLEITUNG | 4 |
| 2.1 | HISTORISCHER RÜCKBLICK..... | 4 |
| 2.1.1 | DIE ZEIT VOR KRAEPELIN | 4 |
| 2.1.2 | EMIL KRAEPELIN | 7 |
| 2.1.3 | WERNICKE, KLEIST UND LEONHARD | 9 |
| 2.1.4 | JUNG UND BLEULER..... | 10 |
| 2.1.5 | MODERNE ENTWICKLUNGEN | 11 |
| 2.2 | ENTWICKLUNG DIAGNOSTISCHER KRITERIEN | 12 |
| 2.2.1 | BISHER ENTWICKELTE SELBSTBEURTEILUNGSSKALEN FÜR DIE MESSUNG VON HYPOMANIEN | 12 |
| 2.2.2 | DIE HYPOMANIA SELF-RATING SCALE (HSRS) | 13 |
| 2.3 | HYPOTHESEN DER ARBEIT | 15 |
| 3 | UNTERSUCHUNGSMETHODEN..... | 17 |
| 3.1 | ERHEBUNGSINSTRUMENT | 17 |
| 3.1.1 | AUFBAU DES FRAGEBOGENS | 17 |
| 3.2 | STICHPROBE | 19 |
| 3.3 | DURCHFÜHRUNG..... | 21 |
| 3.4 | STATISTISCHE AUSWERTUNG | 21 |
| 4 | ERGEBNISSE | 23 |
| 4.1 | STICHPROBENBESCHREIBUNG | 23 |
| 4.2 | HÄUFIGKEITEN DER GESAMTSTICHPROBE..... | 24 |
| 4.3 | SKALENANALYSEN DER HCL-32 | 29 |
| 4.4 | SKALEN- UND SUBSKALENWERTE DER KLINISCHEN STICHPROBEN..... | 31 |
| 4.5 | PSYCHIATRISCHER STATUS ZUM BEFRAGUNGSZEITPUNKT UND HCL-32 SELBSTEINSCHÄTZUNG | 32 |

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.6 | PROFILE DER FRAGEBOGENELEMENTE BEIDER DIAGNOSTISCHER SUBGRUPPEN..... | 32 |
| 4.7 | RELIABILITÄT DER SKALA..... | 34 |
| 4.8 | STIMMUNGSZUSTAND ZUM BEFRAGUNGSZEITPUNKT UND GEWÖHNLICHER STIMMUNGSZUSTAND DER BEIDEN DIAGNOSEGRUPPEN IM VERGLEICH..... | 34 |
| 4.9 | HÄUFIGKEITSANGABEN ZU DEN „HOCHS“ DER BEIDEN DIAGNOSEGRUPPEN IM VERGLEICH..... | 35 |
| 4.10 | AUSWIRKUNGEN DER „HOCHS“ | 36 |
| 4.11 | KORRELATION DER MITTLEREN SUMMENWERTE MIT „NEGATIVEN“ AUSWIRKUNGEN AUF VERSCHIEDENE LEBENSBEREICHE..... | 39 |
| 4.12 | DAUER DER „HOCHS“ IM VERGLEICH BEIDER DIAGNOSEGRUPPEN..... | 40 |
| 5 | DISKUSSION | 41 |
| 5.1 | DISKUSSION DER METHODE | 41 |
| 5.1.1 | DER HSRS-FRAGEBOGEN..... | 41 |
| 5.1.2 | VOR- UND NACHTEILE DES HSRS-FRAGEBOGENS..... | 44 |
| 5.1.3 | TESTTHEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN | 45 |
| 5.1.4 | REPRÄSENTATIVITÄT DER STICHPROBE BEZOGEN AUF ALTERS- UND GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE..... | 46 |
| 5.1.5 | METHODENKRITIK | 46 |
| 5.2 | DISKUSSION DER HYPOTHESEN | 47 |
| 5.3 | SCHLUSSFOLGERUNG | 56 |
| 6 | LITERATURVERZEICHNIS..... | 59 |
| 7 | ANHANG..... | 69 |
| 7.1 | TABELLEN- UND DIAGRAMMVERZEICHNIS..... | 69 |
| 8 | THESEN | 76 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|--|
| APA | American Psychiatric Association |
| ASRM | Altman Self-Rating Scale |
| BDSS | Brief Bipolar Disorder Scale |
| BP-I | Bipolar-I |
| BP-II | Bipolar-II |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition |
| FDA | Food and Drug Administration |
| HCL-32 | Hypomania Check List-32 |
| HSRS | Hypomania self-rating scale |
| ICD-10 | International Classification of Diseases, Tenth Revision |
| ISS | Internal State Scale |
| MDQ | Mood Disorder Questionnaire |
| PRO | Patient-reported outcome |
| SCL-90R | Symptom Check List 90-Revised |
| SKID-I | Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SRMI | Self-Report Inventory for Mania |
| UP | Unipolar depressiv |
| WHO | World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation) |

1 Zielstellung

Das Konzept der manisch-depressiven Erkrankung stand in den letzten Jahren im Zentrum vieler Forschungsbemühungen und entwickelte sich seitdem weiter. Heutzutage gehört auch die Hypomanie oder Hyperthymie in das breite bipolare Spektrum. Die psychiatrische Forschung strebt inzwischen die Entwicklung von beschreibenden Diagnosemanualen, wie z. B. ICD-10 (WHO 1992) und DSM-IV (APA 1996) an, um die bipolare Erkrankung zu klassifizieren und Diagnosen zu operationalisieren.

Es lässt sich jedoch sagen, dass auch in aktuelleren Veröffentlichungen von einem Krankheitsbegriff ausgegangen wird, der die Symptome und Beschwerden vieler Patienten nur teilweise und unzureichend widerspiegelt und somit beschränkte Gültigkeit hat. Obwohl nach neuesten Forschungsergebnissen von der Dimensionalität der bipolaren Störung ausgegangen werden kann und sich Studien gegen eine Dichotomie von Bipolar-I (BP-I) und Bipolar-II (BP-II) aussprechen (Vieta et al. 2004), ist diese Klassifizierung für die adäquate prophylaktische Therapie und die Pragmatik im klinischen Alltag von großer Bedeutung.

Die Pole der bipolaren Störung bilden im negativen Bereich die depressive Phase sowie im positiven Bereich die energiegeladene, manische Phase. Diese Phasen treten im Verlauf der Krankheit wechselweise auf. Erinnert diese Beschreibung vielleicht an J. W. von Goethes bekanntes Zitat: „*Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt*“ (Goethe 1788), so spiegelt dies zwar dramatische Höhepunkte, aber nicht den typischen Verlauf der bipolaren Erkrankung wider. Diese ist bei der Mehrzahl der Patienten eher durch sich über längere Zeiträume erstreckende Depressionen oder eine beständige Unausgeglichenheit der Stimmungslage, die sich nicht immer in klare Episoden abgrenzen lässt, charakterisiert.

Die Bipolar-II Erkrankung ist im Vergleich zur Bipolar-I Störung durch mildere Stimmungsschwankungen zum Positiven sowie auch vorkommende Schwankungen zum Negativen gekennzeichnet. Treten rezidivierende hypomane Episoden bei depressiven Patienten auf, liegt eine Bipolar-II Erkrankung vor. In der hypomanen Phase hat der Betroffene ein erniedrigtes Schlafbedürfnis, eine erhöhte

geistige Schaffenskraft und vermehrte körperliche Energien und Ressourcen, so dass viele Dinge des täglichen Lebens leichter gelingen. Im Gegensatz zu der voll ausgeprägten Manie ist der Patient in der Lage, sein Verhalten so zu kontrollieren, dass laut DSM keine sozialen und beruflichen Funktionsbeeinträchtigungen entstehen (APA 1996). Der Patient wird hypomane Episoden retrospektiv häufig als angenehm und positiv bewerten (Jamison 1994). Die Dauer einer hypomanen Episode wird laut ICD-10 (WHO 1992) mit einigen Tagen (> 4 Tage) angegeben.

Die vorliegende Arbeit widmet sich der statistischen Auswertung einer neu entwickelten, aber noch nicht validierten Selbstbeurteilungsskala, um ihre Brauchbarkeit hinsichtlich der Erforschung hypomaner Episoden und deren Symptomatik prüfen zu können.

Als Erhebungsinstrument kommt dabei die „**Hypomania self-rating scale**“ (**HSRS**) zur Anwendung. Die Entwicklung dieses Fragebogens soll es dem Diagnostiker im klinischen Alltag erleichtern, bisher unerkannte Hochstimmungen, die zum Teil als Hypomanien gewertet werden könnten, bei Patienten retrospektiv zu identifizieren.

Der Schwerpunkt der Auswertung dieser Arbeit liegt in der statistisch zuverlässigen Unterscheidung zwischen zwei Diagnosegruppen (unipolar depressiv UP und bipolar BP) anhand des Fragebogens. Basierend auf den Erkenntnissen über bipolare Erkrankungen wird davon ausgegangen, dass die untersuchten Diagnosegruppen aller Voraussicht nach konträre Antworten zu spezifischen Fragestellungen geben werden.

Ein Teil des Fragebogens besteht aus der Hypomania Check List-32 (HCL-32), einer Skala mit 32 Fragebogenelementen (Items). Mit Hilfe der HCL-32-Skala wird die Differenzierung der Symptomatik hypomaner Episoden und die eventuelle Identifizierung von Hochstimmungen bei unipolar depressiven (UP) Patienten untersucht. Hochstimmungen gelten als Indikatoren für eine hypomane Episode, die bei Patienten mit rezidivierenden Depressionen einen Hinweis auf das Vorliegen einer Bipolar-II Störung (BP-II) geben. Hypomanien sind jedoch nicht nur von gehobener Stimmung charakterisiert, die Stimmung kann auch gereizt oder expansiv sein. Es kommt häufig zur Beschäftigung mit Aktivitäten, die mit hoher

Wahrscheinlichkeit **negative Konsequenzen** nach sich ziehen können (APA 1996). Der HSRS-Fragebogen unterscheidet sich von anderen Selbstbeurteilungsskalen ähnlicher Thematik dadurch, dass er die Erhebung der Konsequenzen von Hypomanien einschließt, sowie eine retrospektive Datenerhebung für einzelne Fragestellungen ermöglicht und damit erstmalig eine längsschnittliche Komponente in der Auswertung der Daten zulässt.

Außerdem werden bereits vorhandene Ergebnisse aus zwei Untersuchungen mit denen der vorliegenden Studie verglichen, um damit die Resultate der Voruntersuchungen zu validieren. Auswertungen, welche in dieser Arbeit ermittelt werden, sollen darüber hinaus eine Hilfestellung bei der Verbesserung der HSRS-Skala bieten, damit diese in Zukunft als brauchbares Instrument im klinischen Alltag Anerkennung findet und sich als anwendungsfähig erweist.

2 Einleitung

2.1 Historischer Rückblick

Schon sehr früh erkannten Psychiater 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. Das Phänomen der Bipolarität stellt sich so komplex dar, dass es in der Psychiatrie zu unterschiedlichen Konstrukten führte.

2.1.1 Die Zeit vor Kraepelin

Andreas Marneros liefert in seinem „Neuen Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen“ (Marneros 2004) eine sehr detaillierte Geschichtsdarstellung der bipolaren Erkrankung, so dass sich die folgenden Ausführungen an Marneros' Darstellungen anlehnen. In der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt des geschichtlichen Abrisses auf der Geschichte der Hypomanie.

Die ersten Beschreibungen manisch-depressiver Erkrankungen, so Marneros (Marneros 2004), gehen bis in das griechische Altertum zurück. Schon Aretäus von Kappadokien (81-138 n.Chr.) beschäftigte sich seinerzeit mit der Entwicklung von Konzepten der bipolaren Störung. Er war ein von der hippokratischen Medizin geprägter, griechischer Arzt, der in Alexandria lebte (Marneros und Angst 2000, Angst und Marneros 2001, Marneros 2001). Zum vermutlich ersten Mal beschrieb Aretäus die Alteration von manischen und melancholischen Stimmungen – nicht zu unrecht wird er als „Vater“ der bipolaren Erkrankungen bezeichnet.

Einer der ersten Ärzte, die den Begriff der Hypomanie prägten und benutzten, war der Grieche Hippokrates. Er sprach von „ὕπομαινόμενοι“, was „Hypomaniker“ bedeutet. Dies meint nach dem heutigen Erkenntnisstand und der aktuellen Nomenklatur Persönlichkeiten mit „hyperthymen Temperament“ (Fritze 2001, Fritze et al. 2002, Brieger und Marneros 2002).

In den folgenden Jahrhunderten geriet das Krankheitskonzept der bipolaren Störung in Vergessenheit. Bis zur Etablierung in psychiatrischen Diagnosemanualen bzw. Klassifikationssystemen sollte es noch ein weiter und wechselvoller Weg werden.

1845 führte Professor Karl Wilhelm Stark (1787-1845) aus Jena den Begriff „Hyperthymie“ ein und beschrieb damit manische Symptome. Er teilte die psychischen Bereiche in Störungen des Willens (Dysbulie), der Affekte (Dysthymie) und der Kognition (Dysnoesia) ein. Jeder dieser Teilbereiche kann gesenkt (a-), gesteigert (hyper-) oder geschädigt bzw. quantitativ abweichend von der Norm (para-) sein. An diese Kategorien anschließend entstanden Begrifflichkeiten wie Athymie, Parathymie und Hyperthymie (Stark 1845, Fritze 2001).

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 excentrischen Projecten zu verändern und umzugestalten“. „Ihr Benehmen zeigt gewöhnlich Eitelkeit, die Sucht sich geltend zu machen und Aufsehen zu erregen, Dreistigkeit und Arroganz“ (Griesinger 1845). Schon in dieser ersten Auflage seines Buches „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ beschreibt Griesinger in dem Kapitel „Tobsucht“ eine hypomanische Unterform: „Von grosser practischer Wichtigkeit sind die häufigen Zustände unvollständig ausgebildeter Tobsucht, welche zwar in der Mehrzahl der Fälle nur ein dieser letzteren oder dem Wahnsinne vorausgehendes erstes Exaltationsstadium darstellen, zuweilen aber ohne weitere Entwicklung stehen bleiben und dann mit Recht als eine besondere Form des Irreseins mit dem Character der Exaltation angesehen werden“ (Griesinger 1845). Diese unvollständig ausgeprägte Form (Hypomanie) ist als ein vorausgehendes Exaltationsstadium der vollständigen Tobsucht anzusehen (Griesinger 1845). Eine offensichtliche Störung der Intelligenz geht bei der unvollständig ausgebildeten Tobsucht nicht einher. Diese mäßigen psychischen Exaltationszustände werden von Griesinger mit dem Konzept der „folie raisonnante“ parallelisiert. In der zweiten Auflage seines Buches widmet er der unvollständig ausgeprägten Form der Manie ein eigenes Kapitel (Griesinger 1867).

Einige Jahre später benutzte der Berliner Professor für Neurologie Emmanuel Mendel (1839-1907) den Begriff „Hypomanie“ zum ersten Mal in seiner Monographie „Die Manie“. In Bezug auf Hippokrates, der bereits das griechische Wort „ὑπομαινόμενοι“ (hypomainomenoi) in diesem Zusammenhang benutzte, schlägt Mendel vor, „...*die Formen von Manie, die das typische Krankheitsbild derselben nur in geringer Entwicklung, gewissermaßen abortiv, zeigen, als Hypomanie zu bezeichnen*“ (Mendel 1881). Die Zusammengehörigkeit von Manie und Hypomanie liegt für Mendel auf der Hand, weil sich „*vielfache Übergangsformen*“ zwischen beiden beweisen lassen (Mendel 1881).

Eine weitere Publikation, die sich zum Teil mit diesem Thema beschäftigt, veröffentlichte Alfred E. Hoche (1865-1943) unter dem Titel „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten“ (Hoche 1897). Er zählt drei Hauptsymptome auf, die auch bei den leichtesten Formen der Manie „*mindestens andeutungsweise nachweislich*“ sind: „*Gehobene Stimmung mit Neigung zu raschem Wechsel derselben, Ideenflucht, Bewegungsdrang.*“ Ohne diesem Zustand einen eigenen Namen zu geben, beschreibt Hoche sehr präzise die Hypomanie: „*Das gehobene Selbstgefühl, welches den Kranken erfüllt, in Verbindung mit gesteigertem Bewegungsdrange äussert sich in einer rastlosen Geschäftigkeit, in der Neigung, Einkäufe zu machen, neue Projekte zu entwerfen, grosse Geschäfte, auch solche, die die Vermögenslage vielleicht weit überschreiten, einzugehen, unnütze Reisen zu unternehmen, Liebesverhältnisse anzubändeln, lärmende Geselligkeit, Excesse aller Art zu begehen u. s. w.*“ (Hoche 1897).

Im Jahre 1851 erhielt das bipolare Krankheitsbild Aufmerksamkeit durch den Franzosen Jean-Pierre Falret (1794-1870) in seiner Veröffentlichung „De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l’alternative régulière de la manie et de la mélancholie“. 1854 vervollständigt Falret seine Abhandlung „*folie circulaire*“ („zirkuläres Irresein“). Das zirkuläre Irresein ist 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 à double forme*“. Im Gegensatz zu seinem Zeitgenossen Falret geht er von einem Krankheitskonzept aus, bei dem die Manie und Melancholie ineinander übergehen. Freie Intervalle, die bei Falrets Konzept eine wichtige Rolle spielen, werden bei Baillarger nicht als Diagnosekriterium für sein Krankheitskonzept akzeptiert (Marneros 2004).

Auch in Deutschland wurde das Konzept „*folie circulaire*“ aufgenommen. Hauptsächlich war es Karl Kahlbaum, der neben anderen Autoren wie z.B. Kirn (Kirn 1878) die Arbeiten zum „*folie circulaire*“ als großen Fortschritt erkannte und würdigte (Marneros 2004, Angst 1997, Pichot 1995): „*Das cyclische Irresein gehört zu den wenigen psychischen Krankheitsformen, welche einigermaßen allgemeine Anerkennung gefunden haben. Für den practischen Arzt bietet diese Form ein besonderes Interesse, weil sie, nicht selten vorkommende, sehr häufig eine so geringe Intensität zeigt, dass sie ausserhalb der Anstalt ihren Verlauf macht*“ (Kahlbaum 1884).

2.1.2 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 1899b). Sämtliche Formen der affektiven Störungen, auch die Unterscheidung zwischen unipolaren und bipolaren Erscheinungsformen, werden zusammenfassend als „*manisch-depressives Irresein*“ bezeichnet. Die Überlegungen zum „*folie circulaire*“ werden dabei verworfen. Die Bedeutung von Kraepelins Arbeiten blieb nicht nur auf Deutschland beschränkt, sondern hatte weltweit Einfluss auf die Entwicklung der Psychiatrie, wobei Marneros (Marneros 2004) darauf hinweist, dass die Strukturierung der Begriffsvielfalt bei Kraepelin zwar einen Fortschritt brachte, in der starken

Vereinfachung des Krankheitsbildes dennoch zugleich ein deutlicher Mangel liegt. (Marneros 2004, Marneros et al. 1991).

Kraepelin selbst argumentiert, dass sowohl Manie als auch Depression zwei unterschiedliche Ausprägungen des gleichen ursächlichen Krankheitsvorganges darstellen. *„Was mich zu dieser Stellung in der Frage veranlasst, ist zunächst die Erfahrung, dass in allen angeführten Krankheitsbildern trotz vielfacher äusserlicher Verschiedenheiten doch gewisse Grundzüge immer in gleicher Weise wiederkehren. Kennt man diese, so wird man, abgesehen von gewissen praktischen Schwierigkeiten, stets im Stand sein, aus ihnen die Zugehörigkeit des einzelnen Zustandsbildes zu dem grossen Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins zu erschliessen und damit eine Reihe von Anhaltspunkten für die besondere klinische und prognostische Bedeutung des Falles zu gewinnen“* (Kraepelin 1899a). Ein zweites Argument für die Zusammenfassung zu einer Kategorie ist, dass die klinischen Krankheitsbilder fließend ineinander übergehen und sich überlappen: *„Auf der einen Seite ist es, wie später noch genauer erörtert werden soll, grundsätzlich wie praktisch gänzlich unmöglich, einfache, periodische und zirkuläre Verlaufsarten irgendwie zuverlässig auseinanderzuhalten; überall gibt es fließende Übergänge“* (Kraepelin 1913). Veranlasst durch die Beobachtung, dass alle Krankheitsausprägungen eine einheitliche Prognose besitzen und unterschiedlichste Ausprägungen der Erkrankung in ein und derselben Familie auftreten, geht Kraepelin zudem davon aus, dass das *„manisch-depressiven Irresein“* erbliche Faktoren besitzen könnte (Kraepelin 1913).

Kraepelin setzt sich darüber hinaus in der achten Auflage seines Lehrbuchs (Kraepelin 1913) mit der Krankheitsausprägung der Hypomanie, die er für die schwächste Form der Manie hält, auseinander. Mit lebendigen und anschaulichen Beschreibungen, wie der Feststellung, dass die Betroffenen *„aufgeweckter, scharfsinniger, leistungsfähiger“* (Kraepelin 1913) sind und durch hohe Produktivität und verblüffende Wortspiele überraschen, beschreibt er die Hypomanie.

Dennoch ist seiner Meinung nach auch in der leichtesten Ausprägung der Störung ein Mangel der Kognition und Logik zu bemerken. Es sind *„Unfähigkeit zur folgerichtigen Durchführung einer bestimmten Gedankenreihe, zur ruhigen, logi-*

schen Verarbeitung und Ordnung gegebener Ideen, die Unbeständigkeit des Interesses, das jähe, unvermittelte Abspringen von einem Gegenstande zum anderen außerordentlich bezeichnend“ (Kraepelin 1913). Von einer Krankheitseinsicht kann bei dem Patienten keine Rede sein. *„Von den hier geschilderten, leichteren Formen der Manie führen unmerkliche Übergänge allmählich hinüber zu dem Krankheitsbilde der eigentlichen Tobsucht“* (Kraepelin 1913).

Emil Kraepelins Abhandlungen zum *„manisch-depressiven Irresein“* werden für das Verständnis von affektiven Erkrankungen in der Folgezeit von wesentlicher Bedeutung sein. Sein einheitliches Konzept konnte sich aufgrund schlüssiger Argumente mehrere Jahrzehnte hindurch behaupten, wobei dessen Dominanz die Unterscheidung in unipolare und bipolare Störungen nicht zuließ.

2.1.3 Wernicke, Kleist und Leonhard

Kraepelins Konzept stieß jedoch auch auf scharfe Kritik, wie zuerst durch Eduard Hitzig (Hitzig 1898), gefolgt von Carl Wernicke (Wernicke 1900), Karl Kleist (Marneros 2004) und Karl Leonhard (Leonhard 1957). Besonders Wernicke widersprach der Betrachtungsweise, dass die Melancholie ein untergeordnetes Erscheinungsbild des *„manisch-depressiven Irreseins“* darstellen soll. Er differenziert die Krankheitsbilder in die *„reine Manie“*, die *„affektive Melancholie“* und die *„circuläre Geisteskrankheit“* (Wernicke 1900). In Anlehnung an das Konzept von Falret und Baillarger sieht Wernicke die *„circuläre Geisteskrankheit“* als ein Alternieren von Manie und Depression mit zum Teil symptomfreien Intervallen (Wernicke 1900). Die Hypomanie unterteilt Wernicke in *„chronische“* und *„akute Zustände“*. Über die Ätiologie beider Formen ist er sich jedoch im Unklaren (Wernicke 1900).

Die Begriffe der *„unipolaren“* und *„bipolaren“* Erkrankung wurden erstmalig von Karl Kleist, einem Schüler Wernickes, geprägt, der ebenso wie sein Lehrer das Konzept des *„manisch-depressiven Irreseins“* verwarf (Marneros 2004).

Auch Leonhard äußert Kritik an Kraepelins Krankheitskonzept. Ihm zufolge „*bedürfen die Auffassungen über die Spielbreite der Symptome, die ohnedies sehr auseinander gehen, einer Nachprüfung*“ (Leonhard 1957).

Er widerspricht dem Konzept Kraepelins und teilt das „*manisch-depressive Irresein*“ in fünf Unterformen ein:

1. Manisch-Depressive Krankheit
2. Reine Melancholie
3. Reine Manie
4. Reine Depression
5. Reine Euphorien.

Mit interessant geschilderten Fallbeschreibungen (insgesamt sind es 125) unterstreicht und beweist Leonhard seine neuen Thesen. Die Manie ist für ihn nur „... *der Gipfel eines chronisch hypomanischen Zustands*“ (Leonhard 1957). Abgeschwächte Merkmale einer Manie hat nach Leonhards Ansicht das „*hypomanische Temperament*“ (Leonhard 1964).

2.1.4 Jung und Bleuler

Die beiden Schweizer Psychiater Carl Gustav Jung (1875-1962) und Eugen Bleuler (1857-1939) benutzen aus unbekanntem Gründen den Begriff „*Submania*“ anstatt „*Hypomanie*“ in ihren Veröffentlichungen. Jungs Beschreibungen (Jung 1903) eines chronischen Syndroms erinnern an heutige Konzepte des hyperthymenten Temperaments (Akiskal 1996), während die Submanie für Bleuler ein milderer Krankheitsverlauf ist, der eher dem heutigen Konzept der Hypomanie entspricht (Bleuler 1937). Die Submanien bedürfen laut Bleuler keiner Anstaltsbehandlung (Bleuler 1916).

2.1.5 Moderne Entwicklungen

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).

Unabhängig voneinander veröffentlichten Jules Angst (Angst 1966) und Carlo Perris (Perris 1966) ausgehend von den Ansichten Kraepelins und Leonards/Kleists, Studienergebnisse, die die Eigenständigkeit der bipolaren und unipolaren Erkrankung bestätigten. Pierre Pichot (Pichot 1995) bezeichnet dies auch als die „*Wiedergeburt*“ der bipolaren Erkrankungen.

Die Unterformen der Manie erhielten besondere Aufmerksamkeit, als Dunner und seine Mitarbeiter den Begriff Bipolar-I (mindestens eine manische oder gemischte Episode) und Bipolar-II (rezidivierende Depressionen mit Hypomanien) einführten (Dunner et al. 1976). Anschließend führte Akiskal die Kategorie der Bipolar-III Störung ein (Akiskal et al. 1979, Akiskal et al. 2003), wobei die Hypomanie als Konsequenz medikamentöser Behandlung auftritt. Einige Jahre später wurden diese Überlegungen von Klerman (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 bipola-

ren Erkrankung. Diese Kategorisierung wurde mehrfach überarbeitet, konnte sich aber nicht durchsetzen.

Inzwischen verfolgen moderne Konzepte die Idee eines bipolaren Spektrums (Akiskal und Mallya 1987, Akiskal und Pinto 1999, Akiskal et al. 2002) – die Erkrankung wird als ein Kontinuum angesehen. Mit diesem wegweisenden Konzept des bipolaren Spektrums 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.

2.2 Entwicklung diagnostischer Kriterien

2.2.1 Bisher entwickelte Selbstbeurteilungsskalen für die Messung von Hypomanien

Da das wissenschaftliche und klinische Interesse an bipolaren Erkrankungen im letzten Jahrzehnt erheblich zugenommen hat, wird vermehrt an der Entwicklung von Diagnosekriterien und an Stimmungsfragebögen geforscht.

Der Kliniker hat vielfach Schwierigkeiten, die bipolare Störung korrekt zu diagnostizieren. Die nur anamnestisch zu erhebende hypomane Episode wird vom Patienten häufig weder erwähnt, noch vom Arzt erfragt, da sie bei dem Betroffenen oft nur positive Erinnerungen hinterlässt (Angst und Cassano 2005) bzw. nicht als pathologisch auffällt. Bei ca. 20-50% depressiver Patienten wird die Hypomanie übersehen und somit unterdiagnostiziert (Hantouche et al. 1998, Angst und Gamma 2002, Allilaire et al. 2001). Zur Erfassung von Manien oder Hypomanien wurden bisher folgende Selbstbeurteilungsskalen entwickelt:

- Self-Report Inventory for Mania (SRMI) (Shugar et al. 1992)
- Hypomanie Subskala Symptom check list 90-revised (SCL-90R) (Hunter et al. 2000)
- Brief Bipolar Disorder Scale (BDSS) (Dennehy et al. 2004)
- Altman Self-rating scale (ASRM) (Altman et al. 1997)
- Internal State Scale (ISS) (Bauer et al. 1991, 2000).

Sie helfen dem behandelnden Arzt, hypomane Symptome und Episoden zu erfassen und zu bewerten. Der Fokus liegt bei den oben genannten Selbstbeurteilungsskalen darauf, Personen mit affektiven Störungen zu identifizieren. Weiterhin sollen Patienten erkannt werden, welche ein erhöhtes Risiko für eine affektive Störung aufweisen. Während die ersten drei Skalen dabei behilflich sein sollen, gegenwärtige Symptome der Manie (SRMI und BDSS), beziehungsweise der Hypomanie (SCL-90R) zu erfassen, ist die Altman Self-rating scale und der Internal State Scale hauptsächlich mit der Intention entwickelt worden, die Schwere manischer Episoden zu messen.

Weder die episodische Natur der Hypomanien noch eventuelle negative Auswirkungen auf Verhalten und Affekte werden im Vergleich zur Hypomania self-rating scale (HSRS) in oben genannten Skalen erfasst (Angst et al. 2005). Im HSRS finden sich darüber hinaus auch einige Fragen, welche verschiedene Aspekte von Stimmungsschwankungen retrospektiv zu ermitteln versuchen. Im Vergleich zu den oben genannten Skalen, die Patienteninformationen ausschließlich im Querschnitt erfragen, eröffnet die längsschnittliche Datenerhebung im HSRS eine neue Perspektive.

Ein spezifischeres Instrument zur Messung von bipolaren Stimmungsschwankungen (BP-I, BP-II) ist der „Mood Disorder Questionnaire“ (MDQ) (Hirschfeld et al. 2000, 2003a, 2003b). Für den Nachweis einer Bipolar-I Erkrankung weist der MDQ eine gute Sensitivität auf. Für die Bipolar-II Erkrankung wird eine geringere Sensitivität nachgewiesen (Mago 2001, Benazzi 2003b, Zimmerman et al. 2004, Carta et al. 2006).

2.2.2 Die Hypomania self-rating scale (HSRS)

Ziel der Entwicklung der **Hypomania self-rating scale** ist es, depressive Patienten mit hypomanen Episoden zu identifizieren, die bisher in Kliniken und Praxen unerkannt blieben.

Das Konzept des bipolaren Spektrums wird in diesem Fragebogen zu Grunde gelegt (Angst et al. 2005). Der Fragebogen soll ein Hilfsinstrument für den behan-

delnden Arzt werden, Bipolar-II Erkrankungen schneller diagnostizieren zu können. Ein Teil des HSRS-Fragebogens besteht aus der Hypomania Check List. Diese Skala soll das Verhalten von Patienten während eines „Stimmungshochs“ messen. In ihrer ursprünglichen Variante 1986 bestand diese Skala aus 20 Fragebogenelementen (HCL-20). Die damalige Selbstbeurteilungsskala beinhaltete 19 Fragen zu Symptomen der Hypomanie und zusätzlich eine offene Frage. Angewendet wurde der HCL-20 von Interviewern in der epidemiologischen Züricher Kohortenstudie zur Beurteilung von Hypomanien (Wicki und Angst 1991, Angst 1992, Angst et al. 2003a). Daraufhin wurde auch eine französische Version des HCL-20 für die Selbsteinschätzung von Patienten in der nationalen Studie EPI-DEP entwickelt (Hantouche et al. 1998). Ebenfalls zur Anwendung kam die Hypomania Check List bei einer Studie zur Komorbidität der Zwangsstörung (Hantouche et al. 2002). Die HCL-20 wurde auch in Italien im Vergleich zu einem strukturierten DSM-IV SKID (First et al. 1996) Interview getestet, um bisher unerkannte Hypomanien zu identifizieren. Die Studie konnte nachweisen, dass es mit Hilfe der Angst Hypomania Check List möglich ist, die falsch-negative Diagnose aus dem SKID Interview zu reduzieren (Benazzi und Akiskal 2003b, Benazzi 2004).

Die Nachfrage nach einem guten Screening-Instrument (Benazzi und Akiskal 2003b) für das bipolare Spektrum bzw. Hypomanien veranlasste die Arbeitsgruppe um Jules Angst, die HCL weiter zu entwickeln. Das Ergebnis stellt die Hypomania Check List-32 (HCL-32) (vgl. Abbildung 1 im Anhang) dar.

Es bleibt jedoch zu bemerken, dass trotz bisher erzielter Forschungserfolge ein Messinstrument zur zuverlässigen Messung der episodischen Natur von Hypomanien, sowie deren negative Auswirkungen und Schwankungen der Stimmung und des Verhaltens bisher noch nicht entwickelt worden ist. Hier kann der HSRS-Fragebogen möglicherweise Fortschritte erzielen.

2.3 Hypothesen der Arbeit

1. Unipolar depressive Patienten unterscheiden sich in der Beantwortung des HSRS-Fragebogens signifikant von Patienten, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind.

1a) Stimmungszustand zum Befragungszeitpunkt: Es werden keine signifikanten Unterschiede erwartet.

1b) Gewöhnlicher Zustand: Bipolare Patienten haben häufiger Stimmungsschwankungen. Unipolare Patienten sind häufiger subdepressiv.

1c) HCL-32-Skala: Die Beantwortung der HCL-32-Subskala ist diagnoseabhängig. Vorliegende Befunde aus Italien und Schweden (Angst et al. 2005) sollen in unserer Stichprobe bestätigt werden. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu den Voruntersuchungen werden dargestellt.

1d) Es werden Unterschiede in **Häufigkeit und Dauer** der „Hochs“ zwischen den zwei Untersuchungsgruppen erwartet.

Bezüglich der Häufigkeit wird vermutet, dass unipolar depressive Patienten im Vergleich zu bipolaren Probanden signifikant häufiger angeben, dass sie noch nie Stimmungshochs erlebt haben.

Hinsichtlich der Dauer wird in vorliegender Arbeit davon ausgegangen, dass diese bei bipolaren Patienten länger als bei unipolaren Patienten ist. Aufgrund neuer Forschungserkenntnisse (Akiskal et al. 2000, Dunner 2003, Akiskal 1996a, Angst et al. 2003a) kann davon ausgegangen werden, dass „Hochs“ bei bipolaren Patienten nicht mindestens vier Tage (Einschlusskriterium der DSM-IV; WHO 1992) andauern müssen.

2. In der vorliegenden HCL-32-Subskala existieren Fragebogenelemente, die eine hohe Trennschärfe zwischen beiden Diagnosegruppen aufweisen.

Fragebogenelemente, die statistisch zuverlässig und in unabhängigen Stichproben in der Lage sind, die beiden Diagnosegruppen voneinander zu unterscheiden, sind

hinsichtlich der Verbesserung und Kürzung der Skala als besonders brauchbar einzuschätzen.

3. Die Angabe von Auswirkungen der „Hochs“ in verschiedenen Lebensbereichen unterscheidet sich bei den beiden untersuchten Diagnosegruppen relevant.

Unipolar depressive Patienten geben während eines „Hochs“ im Gegensatz zu den bipolaren Patienten keine Auswirkungen negativer Natur an.

4. Der Stimmungszustand des Patienten zum Befragungszeitpunkt beeinflusst die Beantwortung der HCL-32-Skala.

3 Untersuchungsverfahren

3.1 Erhebungsinstrument

3.1.1 Aufbau des Fragebogens

Der in der Untersuchung eingesetzte Fragebogen „**Hypomania self-rating scale**“ (**HSRS**) (vgl. Abbildung 1 im Anhang) stammt aus einer Arbeitsgruppe um Angst (Angst et al. 2005) und umfasst zwei Seiten. Zuerst werden demographische Variablen, das Lebensalter und das Geschlecht erhoben. Es wird eine Nummer pro Patient und Fragebogen vergeben, sowie eine Angabe zum Erhebungsort der Daten gefordert. Nach einem knapp gehaltenen Einführungstext folgen zwei Fragen zum derzeitigen und allgemeinen Stimmungszustand des Probanden. Zur Angabe des derzeitigen Zustandes dient eine siebenstufige Likert-Skala:

- viel schlechter als gewöhnlich
- schlechter als gewöhnlich
- etwas schlechter als gewöhnlich
- weder schlechter noch besser als gewöhnlich
- etwas besser als gewöhnlich
- besser als gewöhnlich
- viel besser als gewöhnlich.

In der darauf folgenden Frage zur Unternehmungslust, Energie und Stimmung besteht das Antwortformat aus einer vierstufigen Likert-Skala:

- ...immer relativ stabil und ausgeglichen
- ...immer relativ hoch bzw. über dem Strich
- ...immer relativ gering bzw. unter dem Strich
- ...immer wieder geprägt von deutlichen Schwankungen nach oben und unten.

Darauf folgt die **Hypomania Check List (HCL-32)**. Sie besteht aus 32 Fragebogenelementen, die als Fragen formuliert sind. Die Patienten werden gebeten, sich

an eine Zeit zu erinnern, die sie für sich persönlich als Stimmungshoch bezeichnen würden. Die Aussagen beziehen sich auf diese „Hochs“ und sollen Verhalten und Stimmung messen, die in „Hochs“ auftreten. Als Antwortformat wurde „Ja“ und „Nein“ gewählt. In der vierten Frage sind drei Antwortmöglichkeiten vorgesehen, die über die Häufigkeit der von den Probanden erlebten „Hochs“ weiter Aufschluss geben. Dabei ist zu beachten, dass das restliche Ausfüllen des Fragebogens von der jeweiligen Beantwortung der vierten Frage abhängt. Kreuzen Probanden die Antwortmöglichkeit

- „manchmal“ an, so füllen sie den kompletten Bogen weiter aus (Fragen 5-9),
- füllen sie „meistens“ aus, beantworten sie nur die zwei weiteren Fragen (5-6),
- geben sie „nie“ an, ist die Befragung beendet.

Frage fünf bezieht sich auf die Auswirkungen der „Hochs“ in den unterschiedlichen Lebensbereichen der Probanden, aufgeschlüsselt in Familie, Freunde und Bekannte, Arbeit sowie Freizeit. Es ist zur Beantwortung einer jeden der vier Teilfragen eine Ratingskala mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten vorgesehen:

- Positiv und negativ
- Positiv
- Neutral
- Keine Auswirkungen.

In der darauf folgenden sechsten Frage schätzt der Patient die Reaktionen Anderer auf diese von ihm erlebten „Hochs“ ein. Dabei sind fünf Antwortmöglichkeiten dafür vorgesehen:

- Positiv
- Neutral
- Negativ
- Positiv und Negativ
- Keine Reaktion.

Die siebente Frage ermittelt die Dauer der Hochs. Sechs Antwortmöglichkeiten sind vorgegeben:

- 1 Tag
- 2-3 Tage
- 4-7 Tage
- länger als 1 Woche
- länger als 1 Monat
- Ich kann es nicht beurteilen bzw. weiß es nicht.

Die achte Frage erfragt das Vorhandensein solcher „Hochs“ in den letzten zwölf Monaten durch „Ja“ bzw. „Nein“. In der neunten und letzten Frage wird vom Patienten die Anzahl der Tage, die in „Hochs“ verbracht wurden, eingeschätzt.

3.2 Stichprobe

Als Versuchspersonen konnten Patienten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg gewonnen werden. Alle Patienten befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in ambulanter Behandlung der Klinik. Bei der statistischen Auswertung aller Fragebögen musste keiner aus der Wertung ausgeschlossen werden. Lediglich in den Einzelauswertungen unterschiedlicher Fragen fallen einzelne Bögen aus der Wertung, weil sie unzulässig ausgefüllt wurden. Ergänzt wurde die Stichprobe von Patienten aus einer ambulanten Gemeinschaftspraxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Dr. med. Dipl.-Psych. Johannes Böhringer und Frauke Sudfeldt) in Bielefeld, um die Gesamtstichprobe zu vergrößern.

Einschlusskriterium für die Untersuchung war die zuvor bekannte Diagnose einer affektiven oder schizoaffectiven Störung. Demzufolge wurden nach ICD-10 (WHO 1992) alle Patienten rekrutiert, die in folgende Diagnosekategorien fallen:

- Schizoaffectiv Störung (F 25.0; 25.1; 25.2)
- Affectiv Störungen (F 30-F 39)¹.

Zuvor wurde im Beisein des behandelnden Arztes das Einverständnis der Patienten eingeholt, wobei lediglich zwei Patienten dieses nicht gaben.

Von den insgesamt 132 Versuchspersonen sind **65,2%** (86) weiblich und **34,8%** (46) männlich. Das Alter der Patienten liegt zwischen 20 und 83 Jahren, das Durchschnittsalter bei **50,21 Jahren** (SD 13,87). 121 Patienten wurden an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg befragt, elf Patienten in der psychiatrischen Praxis. Die diagnostischen Einschlusskriterien der beiden Diagnosegruppen sind identisch.

| Beschreibung der Teilstichproben | | | |
|--|---------------------|---------------------------|------------------------------|
| | Altersspanne | Durchschnittsalter | Geschlecht |
| Stichprobe Universitätsklinik Halle | 20-83 Jahre | 50,42 | 68,6% Frauen 31,4% Männer |
| Stichprobe Psychiatrische Praxis | 23-73 Jahre | 47,9 | 72,7% Frauen 27,3% Männer |

¹ F 30 manische Episode

F 31 bipolare affective Störung

F 32 depressive Episode

F 33 rezidivierende depressive Störung

F 34 anhaltende affective Störungen

F 38 andere affective Störungen

F 39 nicht näher bezeichnete affective Störungen

3.3 Durchführung

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum zwischen März und Juli 2004. Alle Patienten wurden von der Untersucherin bezüglich der Ausfüllung des Fragebogens instruiert und füllten ihn in einem separaten Raum aus. Durchschnittlich benötigten die Patienten zwischen 10 und 20 Minuten, um den Fragebogen vollständig auszufüllen. Die Bögen wurden selbstständig und einmalig durch die Probanden ausgefüllt.

3.4 Statistische Auswertung

Zur Auswertung wurden die Daten in Excel-Tabellen transferiert und anschließend in das Programm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), Version 12.0 übertragen. Alle weiteren statistischen Auswertungen wurden ebenfalls mit SPSS durchgeführt. Neben Methoden zur deskriptiven Auswertung wurden

- nominalskalierte Variablen mit Kreuztabellen und dem Chi-Quadrat Test,
- parametrische, normalverteilte Daten mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA),
- und nicht parametrische Daten mit Hilfe eines Mann-Whitney Tests

ausgewertet.

Von einem statistischen Zusammenhang wird bei einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ ausgegangen. Im folgenden Ergebnisteil werden zuerst die Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für jedes Fragebogenelement in prozentualer Verteilung aufgeführt. Danach werden deskriptiv zwei Diagnosegruppen (unipolar UP und bipolar BP) vergleichend dargestellt und die Häufigkeiten der unterschiedlichen Diagnosegruppen berechnet. Weiterhin werden die 32 Fragebogenelemente aus Frage drei (HCL-32) einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen.

Die Diagnosen der Patienten waren bereits vorher bekannt. Die Klassifizierung der Probanden in zwei Gruppen wurde anhand der ambulanten und stationären Akten aus dem Archiv der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und des Praxisarchivs vorgenommen. Davon

unabhängig hat der leitende Oberarzt der Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Priv.-Doz. Dr. med. P. Brieger ebenfalls alle stationären und ambulanten Akten mit einem Zusatzfragebogen (vgl. Abbildung 2 im Anhang) ausgewertet, um die vorhandenen Diagnosen zu verifizieren. Diese Auswertung erfolgte blind für die zuvor gestellte Diagnose.

Bei vier Patienten ergaben sich Diskrepanzen hinsichtlich der zuvor durch Aktenstudium gewonnenen Diagnose. Daraufhin wurden die Diagnosen der betroffenen Probanden überprüft. Deren weitere Klassifizierung erfolgte nach dem Prinzip der „best-estimate“ Diagnose (Roy 1997), weil diese als eine valide Methode zur Diagnosestellung psychiatrisch erkrankter Patienten gilt (Merikangas et al. 1989, Leckman et al. 1982, Weissman et al. 1986). Laut Akte erhielten die vier Patienten eine bipolare Diagnose, die jedoch nach zu Hilfenahme aller möglichen Quellen neu bewertet wurde. In allen vier Fällen wurde nach in Anspruchnahme der „best-estimate“ Methode eine unklare Hauptdiagnose gestellt.

4 Ergebnisse

Die Patienten hatten mehrheitlich geringe Schwierigkeiten, den Fragebogen selbstständig auszufüllen. Bei Verständnisschwierigkeiten wurden sie gebeten, Rückfragen zu stellen, um das Ergebnis nicht zu verfälschen. Die meisten Rückfragen bezogen sich dabei auf die vierte Frage: „Beschreiben die eben genannten Aussagen über ein „Hoch“ ...

- ...manchmal (zeitweise) fühlen und verhalten?
- ...meistens fühlen und verhalten?
- Ich habe nie solche „Hochs“ erlebt“.

Bei dieser Frage lag das Verständnisproblem offensichtlich in der Art und Weise der Formulierung. Die Verständnisprobleme ließen sich durch Rückfragen der Patienten ausräumen.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Von den insgesamt **132 Versuchspersonen** wurden

- 87 (**65,9%**) als unipolar depressiv diagnostiziert und
- 30 (**22,7%**) Patienten bekommen die Klassifikation bipolar.

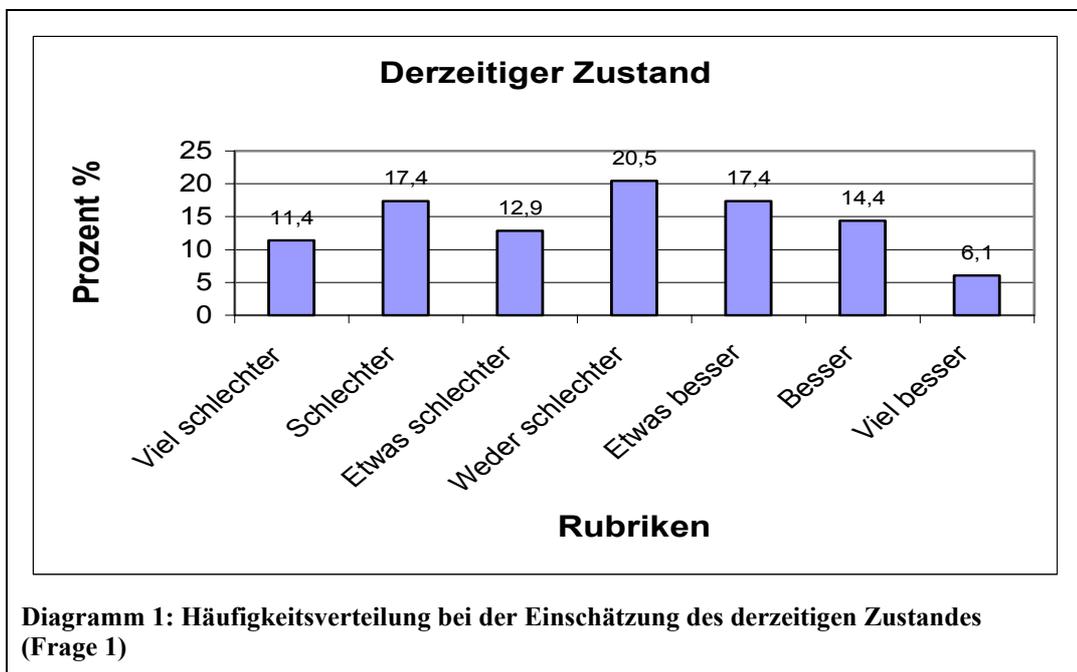
Von den restlichen 15 (**11,4%**) Patienten haben vier eine unklare Hauptdiagnose, und elf Patienten teilen sich nach den ICD-10 Diagnosegruppen folgendermaßen auf:

| Anzahl | ICD-10 | |
|--------|---------|---|
| 1 | F 10-19 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| 4 | F 20-29 | Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen |
| 5 | F 40-48 | Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen |
| 1 | F 70-79 | Intelligenzminderung |

Das Durchschnittsalter aller Patienten liegt bei **50,21** (SD 14,73) Jahren. In der Gruppe der unipolaren Patienten liegt das Durchschnittsalter mit **53,38** Jahren (SD 14,31) signifikant höher als bei den bipolaren Patienten mit **45,17** Jahren (SD 13,82; $p = 0,007$; einfaktorielle Varianzanalyse). In der Gesamtstichprobe sind signifikant mehr Frauen ($N = 86$) als Männer ($N = 46$) vertreten ($p < 0,001$; Chi-Quadrat-Test). Werden die unipolaren und bipolaren Patienten getrennt betrachtet, zeigt sich, dass es auch bei den unipolaren Patienten signifikant mehr Frauen gibt ($p < 0,001$; Chi-Quadrat-Test). In der Gruppe der bipolaren Patienten gibt es keinen signifikanten Geschlechtsunterschied (vgl. Tabelle 9 im Anhang).

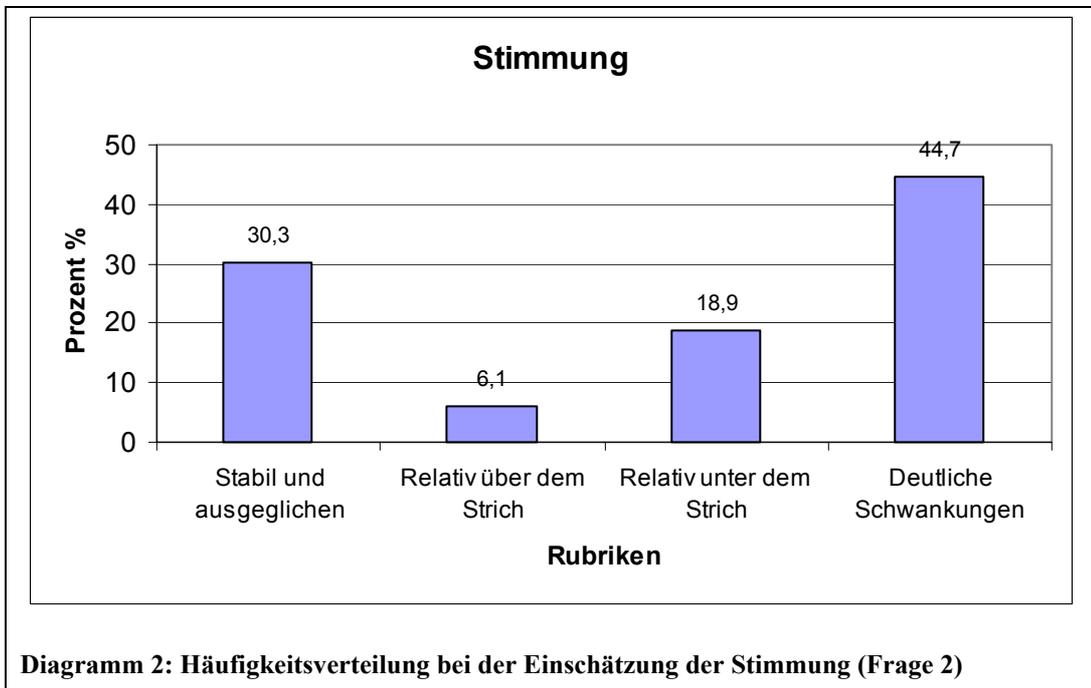
4.2 Häufigkeiten der Gesamtstichprobe

Die Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Fragen werden nachfolgend aufgeführt. In Frage eins wird nach dem Stimmungszustand des Patienten zum Befragungszeitpunkt gefragt.

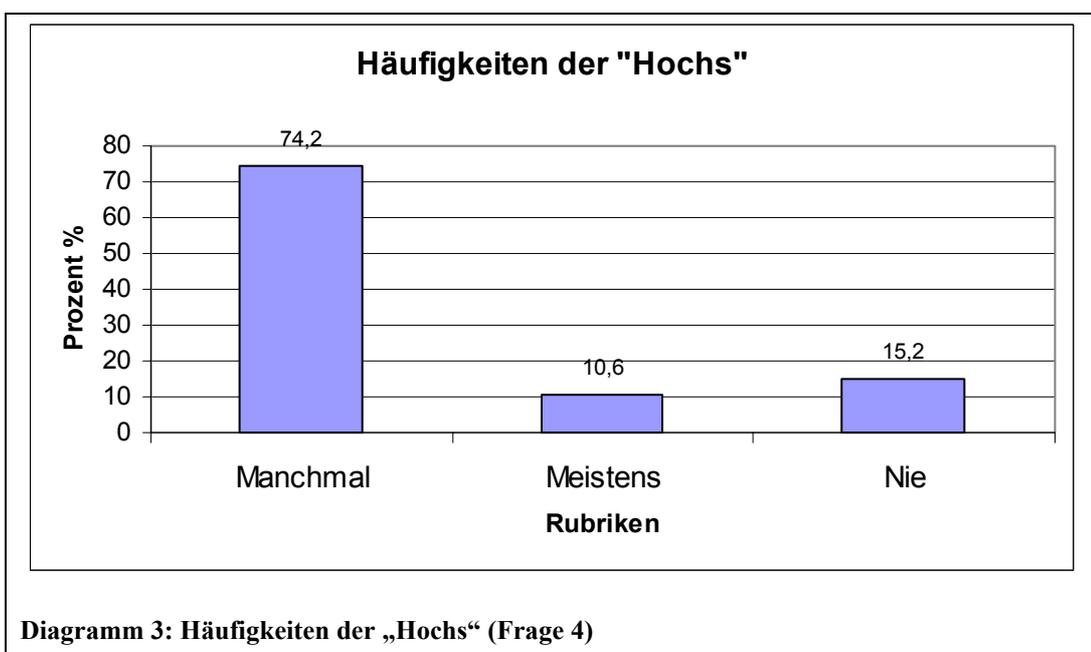


4 ERGEBNISSE

Die zweite Frage soll den gewöhnlichen Stimmungszustand des Patienten erforschen.



Die Häufigkeitsangaben der 32 Fragebogenelemente aus der dritten Frage, die sich auf erlebte „Hochs“ beziehen, finden sich in der folgenden Darstellung:



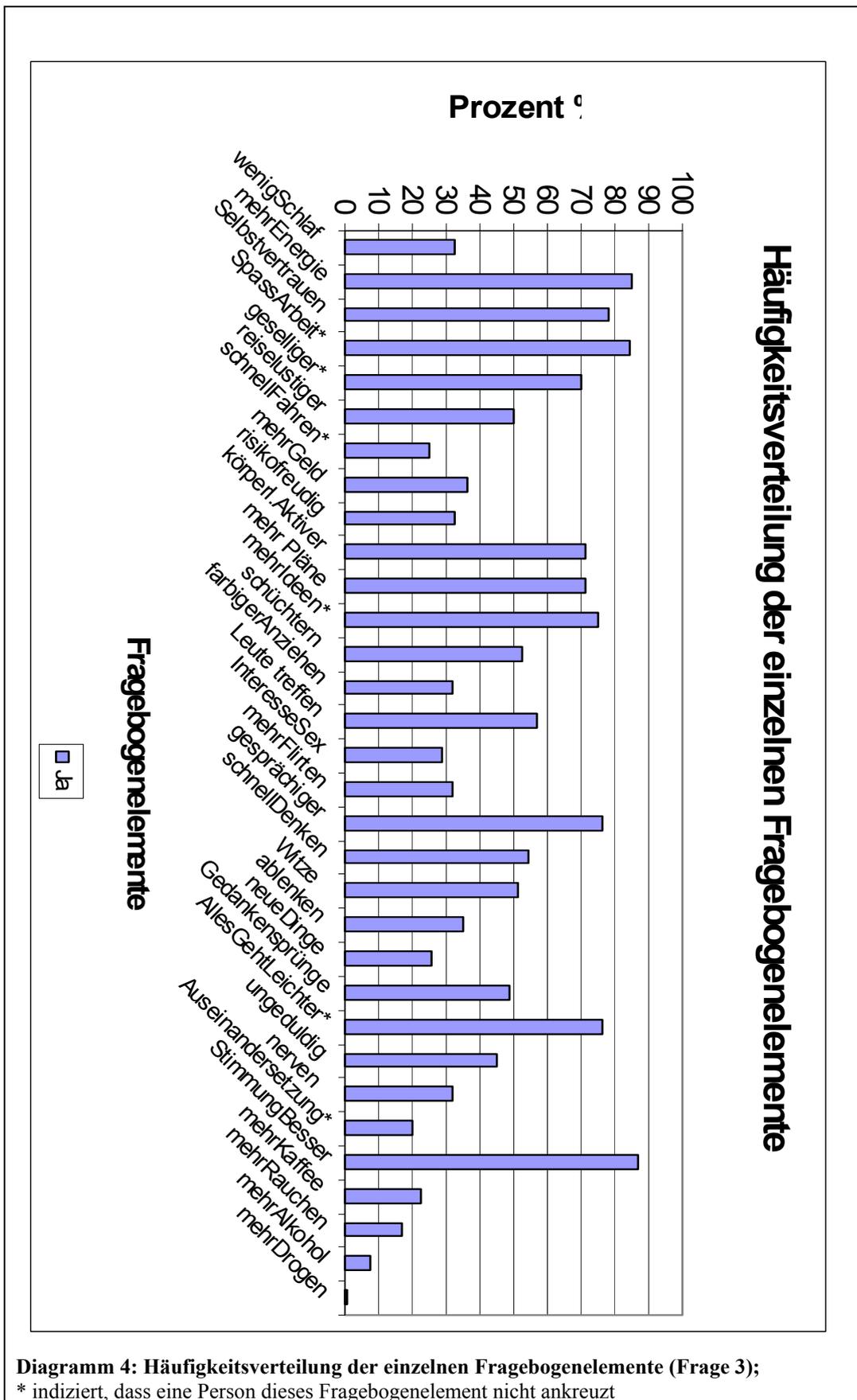


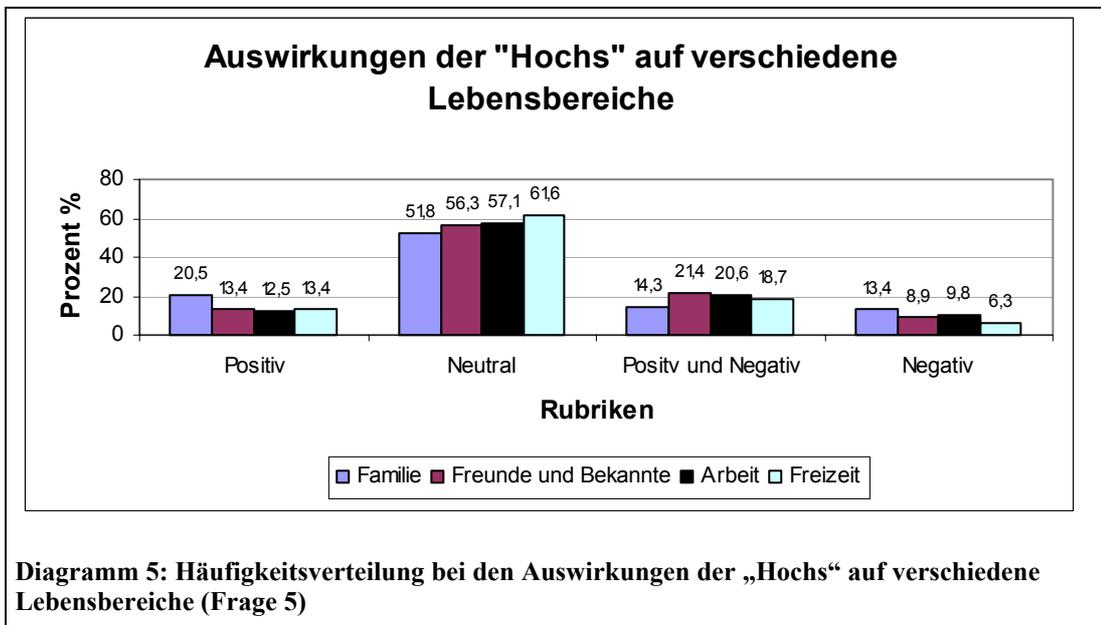
Diagramm 4: Häufigkeitsverteilung der einzelnen Fragebogenelemente (Frage 3);

* indiziert, dass eine Person dieses Fragebogenelement nicht ankreuzt

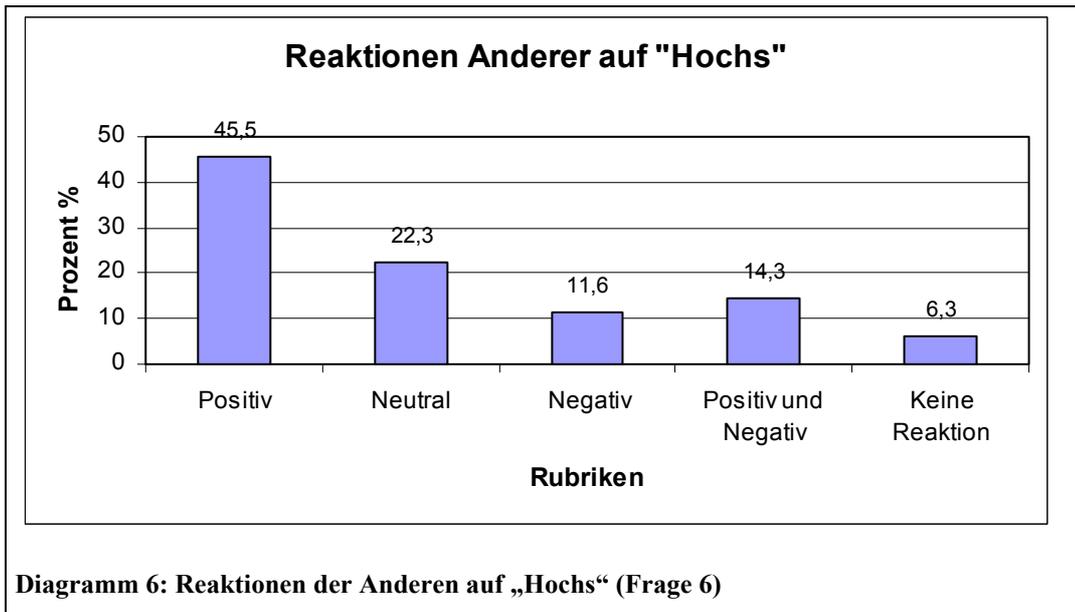
Aufgrund des Fragebogendesigns werden die Fragen fünf bis neun unterschiedlich häufig beantwortet. Von den 132 befragten Personen beantworteten 20 Patienten (15,2%) die Frage vier mit „nie“. Für diese Personengruppe ist die Befragung beendet.

112 (84,8%) Patienten füllten den Bogen weiter bis zur Frage sechs, 98 (74,2%) Patienten bis zur Frage acht und 70 (53%) Probanden füllten den Bogen bis zur neunten und letzten Frage aus.

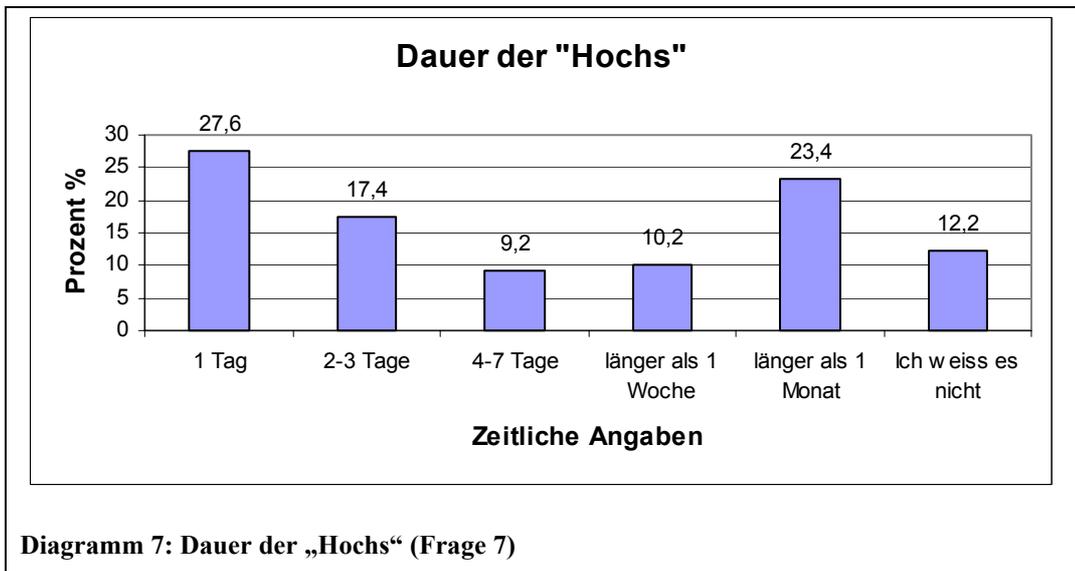
Die Folgen und Auswirkungen, die ein „Hoch“ in verschiedenen Lebensbereichen haben kann, sind in folgender Abbildung in Prozent wiedergegeben.



Auch die Reaktionen aus dem sozialen Umfeld des Patienten sollen erfasst werden. Dem Probanden werden dafür fünf Antwortmöglichkeiten zur Einschätzung angeboten.



Befragt zur Dauer der Hochs geben diejenigen Patienten, die den Bogen weiter ausfüllten, Folgendes an:



Von den 98 Patienten, die die Frage sieben ankreuzten, geben 69 an, „Hochs“ in den letzten zwölf Monaten erlebt zu haben, während 29 dies verneinen. Der Mittelwert der im „Hoch“ verbrachten Tage im letzten Jahr wird mit 73,9 berechnet (vgl. Tabelle 1).

| Hatten Sie in den letzten 12 Monaten „Hochs“? | Ja | Nein | Total |
|---|------|------|-------|
| Prozent % | 70,4 | 29,6 | 100 |
| Mittelwert (Tage) | | | 73,9 |
| Median | | | 46,5 |
| Standardabweichung (SD) | | | 68,89 |
| Minimum (Tage) | | | 2 |
| Maximum (Tage) | | | 280 |

Tabelle 1: Anwesenheit von „Hochs“ in den letzten 12 Monaten mit Mittelwert/Median der im „Hoch“ verbrachten Tage (Frage 8 u. 9)

4.3 Skalennalysen der HCL-32

Zur Bestimmung der faktoriellen Struktur und Reduktion der Fragebogenelemente wurden die 32 Fragebogenelemente der HCL-Skala zur Messung von Verhalten in hypomanen Episoden einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation unterzogen. Die ersten zehn Eigenwerte >1 der unrotierten Lösung betragen 5,66 (1), 3,06 (2), 2,07 (3), 1,69 (4), 1,62 (5), 1,54 (6), 1,33 (7), 1,21 (8), 1,12 (9), 1,03 (10). Die Ergebnisse des Scree-Test nach Cattell (Cattell 1966), im Anhang in Abbildung 3 dargestellt, sprechen für die Extraktion von zwei oder drei Hauptkomponenten. Aus theoretischen Gründen ist eine zweifaktorielle Lösung vorzuziehen, da auch die beiden Voruntersuchungen aus Schweden und Italien zwei extrahierte Hauptkomponenten ergaben (Angst et al. 2005).

Aus dieser zweifaktoriellen Lösung wurden anschließend in mehreren Schritten die Fragebogenelemente ausgeschlossen, die das Kriterium (Fragebogenelemente mit einer Ladung $> 0,40$) nicht erfüllten. Durch den Ausschluss wurde der Satz der Fragebogenelemente von 32 auf 22 reduziert. Die resultierende Faktorladungsmatrix ist in Tabelle 2 wiedergegeben. Die Varianzaufklärung beträgt 34,77%, Faktor eins erklärt 21,84% der Varianz, Faktor zwei 12,93%.

Werden die zwei extrahierten Faktoren näher betrachtet, lassen sich Parallelitäten zu der Voruntersuchung unter Jules Angst feststellen (Angst et al. 2005). Auf dem ersten Faktor laden alle Fragebogenelemente, welche die positiven Auswirkungen von „Hochs“ und guter Stimmung wie Tatkraft, Geselligkeit, Witz widerspiegeln.

4 ERGEBNISSE

Auf dem zweiten Faktor laden Fragebogenelemente, die während einer Hochstimmung mit negativen Konsequenzen einhergehen, wie z.B. erhöhte Ungeduld und Ablenkbarkeit des Patienten.

Es bietet sich deshalb in vorliegender Arbeit an, die Bezeichnung der beiden Faktoren aus der Studie von Angst (Angst et al. 2005) zu übernehmen. Sie werden deshalb in Anlehnung an diese Voruntersuchungen „advantageous“ (vorteilhaft) und „harmful“ (schädlich) benannt. Zum Vergleich werden die Faktorenlösungen der zwei vorhergehenden Studien in Tabelle 8 wiedergegeben.

| Fragebogenelement (Item) | | Fkt. 1 | Fkt. 2 |
|--------------------------|---|--------|--------|
| HCL-02 | Ich habe mehr Energie oder Tatkraft. | 0,48 | -0,02 |
| HCL-05 | Ich bin geselliger (mehr Telefonate, ich gehe mehr aus). | 0,56 | -0,01 |
| HCL-06 | Ich bin reiselustiger und reise mehr. | 0,42 | 0,09 |
| HCL-08 | Ich gebe mehr oder zu viel Geld aus. | 0,20 | 0,59 |
| HCL-10 | Ich bin körperlich aktiver (Sport usw.). | 0,56 | 0,06 |
| HCL-11 | Ich mache mehr Pläne. | 0,54 | 0,11 |
| HCL-12 | Ich habe mehr Ideen, bin kreativer. | 0,54 | 0,10 |
| HCL-13 | Ich bin weniger schüchtern oder gehemmt. | 0,55 | 0,23 |
| HCL-15 | Ich will mehr Leute treffen oder tue es auch. | 0,44 | 0,13 |
| HCL-16 | Ich bin mehr an Sex interessiert und/oder habe ein stärkeres Verlangen. | 0,60 | 0,13 |
| HCL-17 | Ich flirte mehr und/oder bin sexuell aktiver. | 0,62 | 0,14 |
| HCL-18 | Ich bin gesprächiger. | 0,57 | 0,09 |
| HCL-19 | Ich denke schneller. | 0,48 | 0,14 |
| HCL-20 | Ich mache mehr Witze oder Wortspiele. | 0,48 | 0,06 |
| HCL-21 | Ich lasse mich leicht ablenken. | -0,06 | 0,69 |
| HCL-22 | Ich beginne ständig mit neuen Dingen. | -0,05 | 0,64 |
| HCL-23 | Meine Gedanken springen von einem Thema zum anderen. | -0,21 | 0,67 |
| HCL-24 | Alles fällt mir leichter und/oder geht schneller. | 0,58 | -0,04 |
| HCL-25 | Ich bin ungeduldiger oder reagiere leichter gereizt. | -0,13 | 0,60 |
| HCL-26 | Ich kann andere überfordern oder „nerven“. | 0,12 | 0,51 |
| HCL-27 | Ich gerate leicht in Auseinandersetzungen mit anderen. | 0,15 | 0,56 |
| HCL-28 | Meine Stimmung ist deutlich besser und optimistischer. | 0,56 | -0,08 |

Tabelle 2: Faktorladungsmatrix nach Ausschluss von Fragebogenelementen
Faktor 1 („vorteilhaft“): 02, 05, 06, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 28
Faktor 2 („schädlich“): 08, 21, 22, 23, 25, 26, 27

4.4 Skalen- und Subskalenwerte der klinischen Stichproben

Aus der Faktorenanalyse lassen sich drei Skalen ermitteln. Die mittleren Summenwerte der Gesamtskala (32 Fragebogenelemente) sowie die zwei Subskalen (erste Skala: 15 Fragebogenelemente; zweite Skala: sieben Fragebogenelemente) werden mit den Diagnosen der Probanden verglichen. Unipolare Patienten erreichen auf der Gesamtskala einen signifikant geringeren mittleren Summenwert im Vergleich zu bipolaren Patienten. Diese Beobachtung findet sich auch in den beiden Unterskalen „vorteilhaft“ und „schädlich“. Folglich kreuzen unipolare Patienten im Vergleich zu bipolaren Patienten durchweg seltener „Ja“ in der HCL-32-Gesamtskala wie auch deren zwei Subskalen an. Für keine der drei Skalen können signifikante Geschlechtsunterschiede festgestellt werden.

| Stichprobe | N | Gesamtskala (32 Fragebogenelemente) | | Vergleich der Diagnosegruppen mit Skalenwerten; p-Werte |
|-----------------|-----|---|------|--|
| | | mittlerer Summenwert | SD | |
| | | | | Bipolar vs. Unipolar |
| Bipolar | 27 | 19,78 | 6,52 | <0,001 |
| Unipolar | 86 | 13,92 | 4,67 | |
| Total | 113 | 15,32 | 5,72 | |
| Stichprobe | N | Unterskala 1 „vorteilhaft“ (15 Fragebogenelemente) | | Vergleich der Diagnosegruppen mit Skalenwerten; p-Werte |
| | | mittlerer Summenwert | SD | |
| | | | | Bipolar vs. Unipolar |
| Bipolar | 27 | 11,38 | 3,17 | 0,002 |
| Unipolar | 86 | 8,92 | 3,72 | |
| Total | 113 | 9,54 | 3,74 | |
| Stichprobe | N | Unterskala 2 „schädlich“ (7 Fragebogenelemente) | | Vergleich der Diagnosegruppen mit Skalenwerten; p-Werte |
| | | mittlerer Summenwert | SD | |
| | | | | Bipolar vs. Unipolar |
| Bipolar | 27 | 3,83 | 2,62 | 0,001 |
| Unipolar | 86 | 2,02 | 1,76 | |
| Total | 113 | 2,47 | 2,14 | |

Tabelle 3: Skalen- und Subskalenwerte der klinischen Stichproben; Vergleich der Diagnosegruppen mit Skalenwerten; p-Werte

4.5 Psychiatrischer Status zum Befragungszeitpunkt und HCL-32 Selbsteinschätzung

Um einen bestehenden Zusammenhang zwischen dem Zustand des Patienten zum Befragungszeitpunkt mit den mittleren Summenwerten der drei Skalen zu erforschen, wird eine Korrelation berechnet.

| | mittlerer Summenwert Gesamtskala | mittlerer Summenwert Unterskala „vorteilhaft“ | mittlerer Summenwert Unterskala „schädlich“ | Zustand |
|---|----------------------------------|---|---|---------|
| mittlerer Summenwert Gesamtskala | 1 | | | |
| mittlerer Summenwert Unterskala „vorteilhaft“ | 0,87** | 1 | | |
| mittlerer Summenwert Unterskala „schädlich“ | 0,485** | 0,105 | 1 | |
| Zustand | -0,046 | -0,03 | -0,31 | 1 |

Tabelle 4: Nicht-parametrische Korrelation zwischen dem HCL-32 Summenwert der Gesamtskala und der zwei Unterskalen mit dem derzeitigen Zustand; ** $p < 0,01$

4.6 Profile der Fragebogenelemente beider diagnostischer Subgruppen

Diagramm 8 zeigt, angegeben in Prozent, die Häufigkeiten der von den zwei diagnostischen Subgruppen angekreuzten 32 Fragebogenelemente. Signifikante Unterschiede zwischen unipolaren und bipolaren Patienten ergaben sich bei zwölf Fragebogenelementen, die in der Tabelle mit * gekennzeichnet sind.

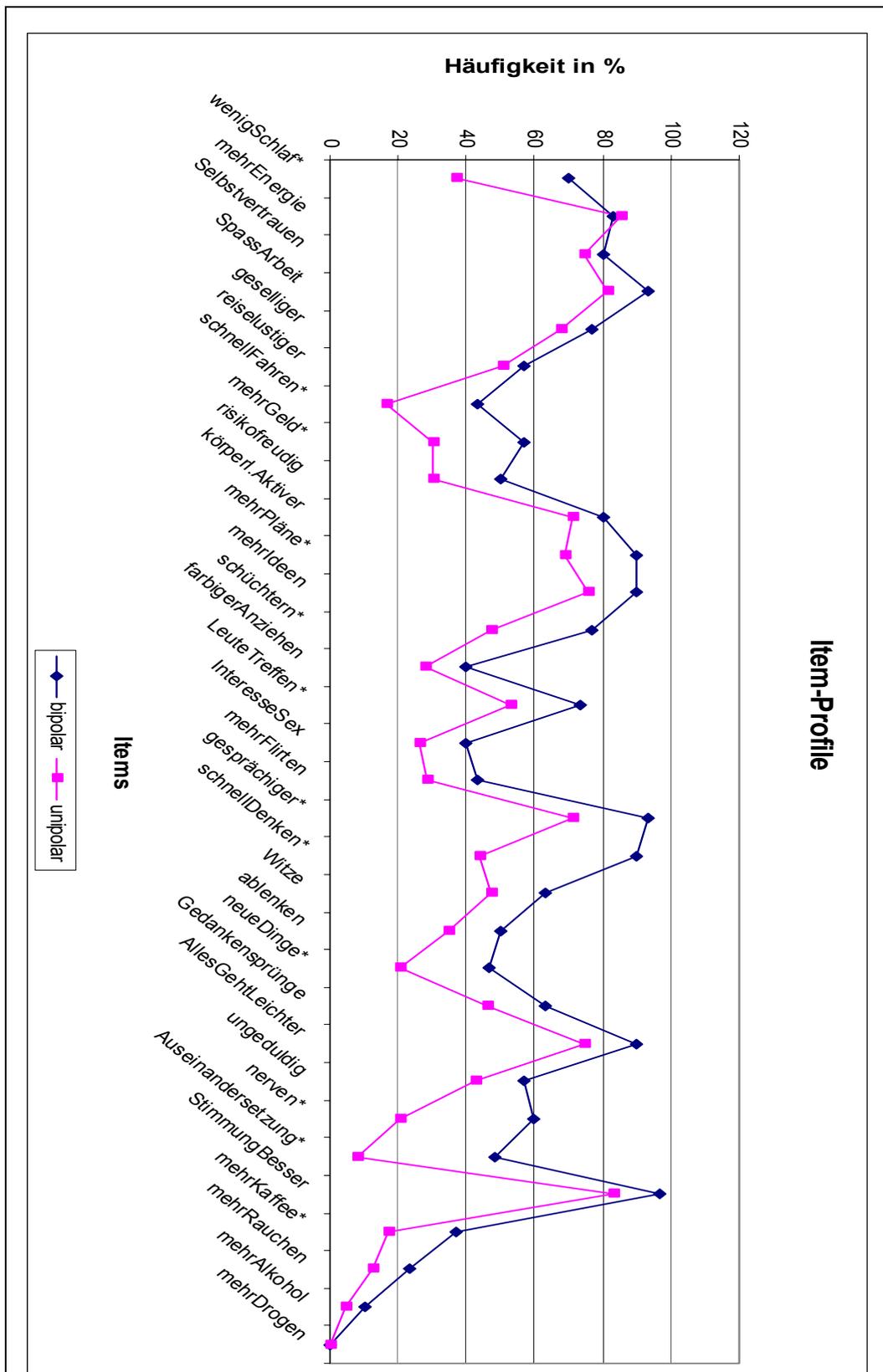
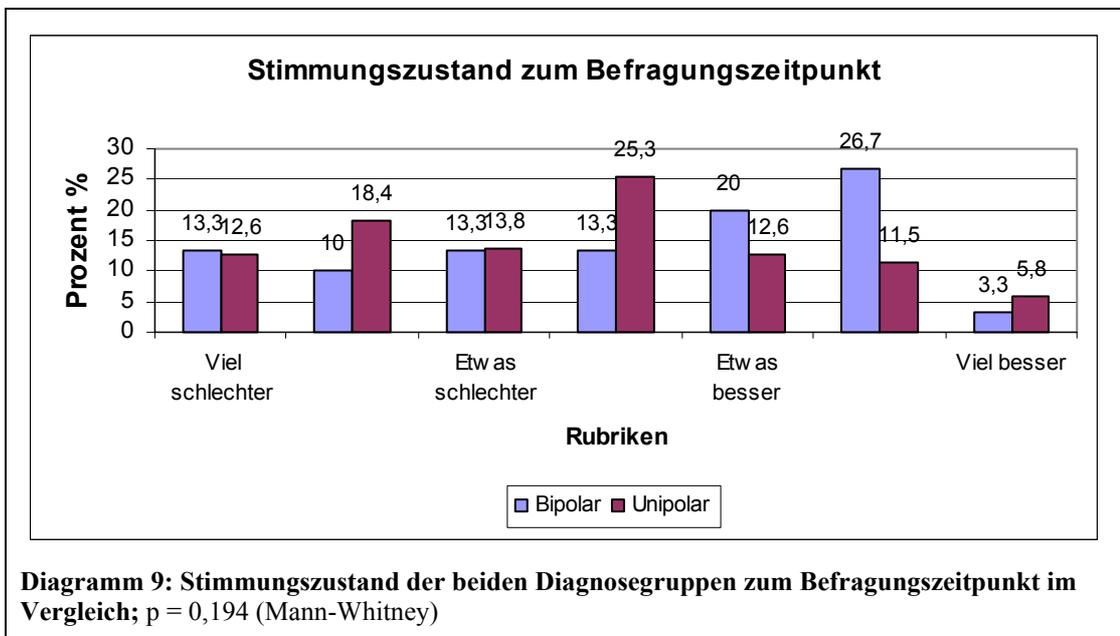


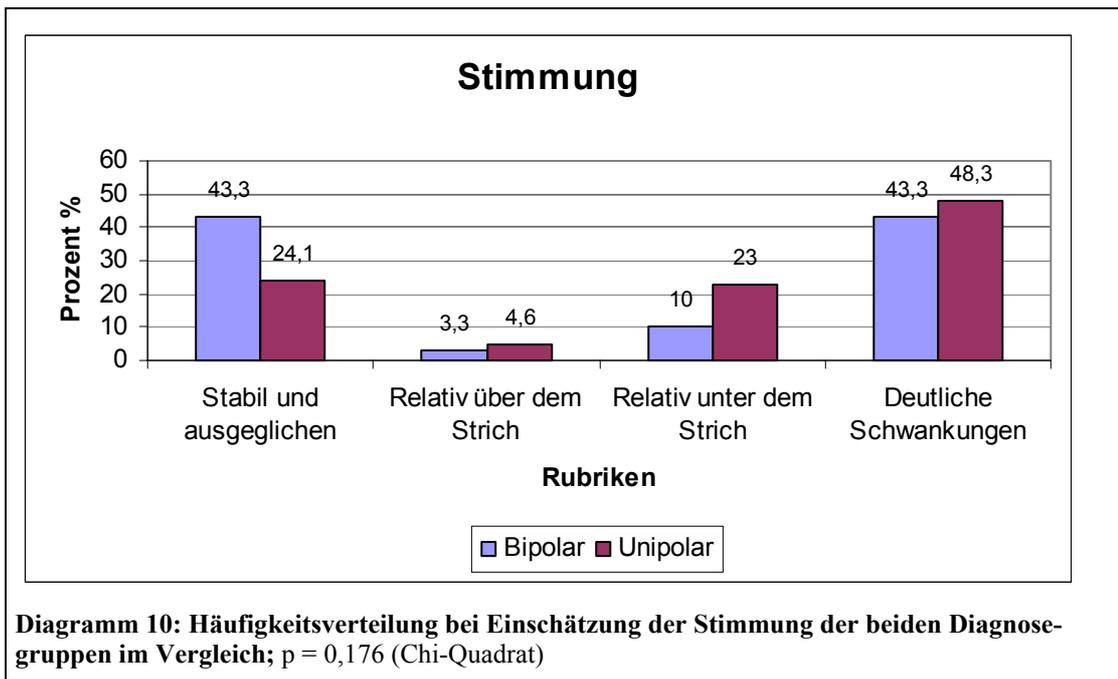
Diagramm 8: Profile der Fragebogenelemente beider Diagnosegruppen, * indiziert $p < 0,05$ (Chi-Quadrat)

4.7 Reliabilität der Skala

Die Gesamtskala mit 32 Fragebogenelementen hat eine Gesamtreliabilität von Cronbach's Alpha 0,83. Die erste Subskala, bestehend aus 15 Fragebogenelementen, hat ein Cronbach's Alpha von ebenfalls 0,83, während die zweite Subskala ein Cronbach's Alpha von 0,76 hat.

4.8 Stimmungszustand zum Befragungszeitpunkt und gewöhnlicher Stimmungszustand der beiden Diagnosegruppen im Vergleich





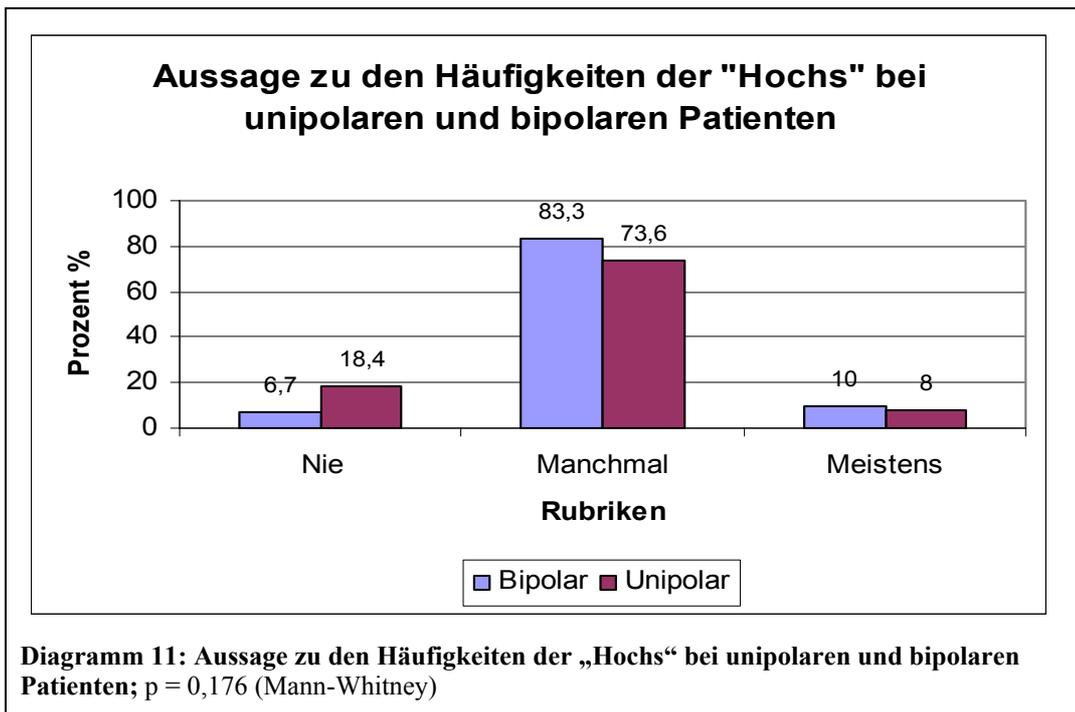
4.9 Häufigkeitsangaben zu den „Hochs“ der beiden Diagnosegruppen im Vergleich

Im Fragebogen wird nach der Häufigkeit erlebter „Hochs“ gefragt (vgl. Diagramm 3). Befragt nach der Häufigkeit erlebter „Hochs“ sind folgende Ergebnisse festzustellen:

- 98 (**74,2%**) Patienten geben an, manchmal „Hochs“ zu erleben
- 14 (**10,6%**) Patienten behaupten, sie würden meistens „Hochs“ erleben
- 20 (**15,2%**) Patienten beantworteten diese Frage mit „nie“.

Betrachtet man diese Angaben hinsichtlich der zwei Diagnosegruppen differenzierter (vgl. Diagramm 11), beantworten 25 (**83,3%**) der bipolaren Patienten die vierte Frage mit „manchmal“, drei (**10 %**) mit „meistens“ und zwei (**6,7%**) mit „nie“.

Umgekehrt beantworten 64 (**73,6%**) unipolare Patienten diese Frage mit „manchmal“, sieben (**8 %**) mit „meistens“ und 16 (**18,4%**) mit „nie“.



4.10 Auswirkungen der „Hochs“

Um nicht nur Angaben zur **Häufigkeit** der Stimmungshochs zu erheben, wird auch zu den **Auswirkungen**, die eine gehobene Stimmung auf das soziale Umfeld hat, befragt (Tabelle 5).

Bipolare und unipolare Patienten schätzen die „*Auswirkungen irgendwelcher Hochs*“ in verschiedenen Lebensbereichen in dieser Arbeit unterschiedlich ein.

28 von 30 bipolaren Patienten füllen den Fragebogen weiter aus. Elf (**39,29%**) von 28 bipolaren Patienten geben an, dass diese „Hochs“ negative Auswirkungen auf die Familie haben. Von den unipolaren Patienten, die den Untersuchungsbogen weiter ausfüllen, sagen dies nur drei (**4,23%**) von 71. Damit ergibt sich ein hochsignifikanter, diagnoseabhängiger Unterschied in der Beantwortung dieser Frage. Der p-Wert (Chi-Quadrat) beträgt $< 0,001$.

Im Bezug auf Freunde und Bekannte geben neun (**32,14%**) von 28 bipolaren Patienten an, dass „Hochs“ negative Auswirkungen hätten. Bei der unipolaren Vergleichsgruppe ist es einer (**1,41%**) von 71. Bei einem p (Chi-Quadrat) von $< 0,001$ ist damit ebenfalls ein signifikanter Unterschied vorhanden.

4 ERGEBNISSE

Hinsichtlich der Auswirkungen auf den Arbeitsbereich ergibt sich ein p-Wert (Chi-Quadrat) von $p = 0,002$. Acht (**28,57%**) von 28 bipolaren Patienten geben an, dass erlebte „Hochs“ sich negativ auf den Lebensbereich Arbeit auswirken, im Gegensatz zu zwei (**2,82%**) von 71 unipolaren Probanden.

In der letzten Kategorie werden Auswirkungen auf den Freizeitbereich erfragt. Von 28 bipolaren Patienten geben fünf (**17,86%**) an, dass diese „Hochs“ negativ in diesem Lebensbereich sind, während nur einer (**1,41%**) von 71 unipolaren Probanden ebenfalls schon einmal negative Auswirkungen auf diesen Bereich erlebt hatte. Damit errechnet sich ein p-Wert (Chi-Quadrat) von 0,003.

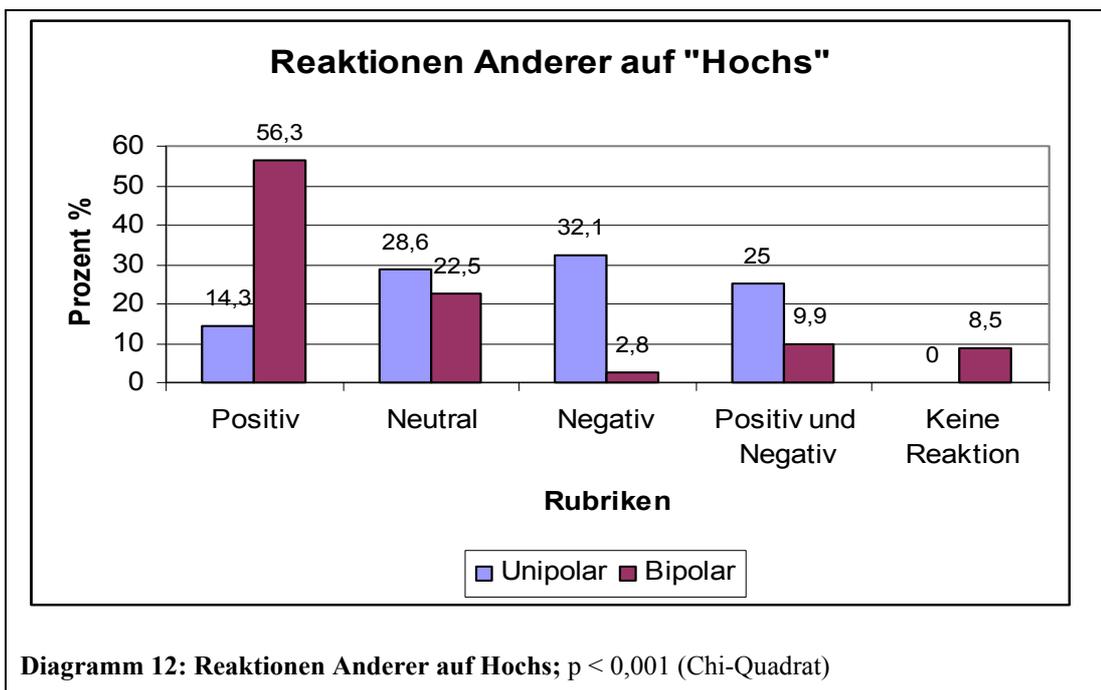
| Auswirkungen der „Hochs“ auf die Familie | | | | | | Signifikanz Chi-Quadrat |
|--|-------------|-------------|-------------|---------------------|------------|------------------------------------|
| | Positiv | Neutral | Negativ | Positiv und Negativ | Total | p = 0,000 |
| Bipolar | 6 21,4% | 10 35,7% | 11 39,3% | 1 3,6% | 28 100% | |
| Unipolar | 15 21,1% | 39 54,9% | 3 4,2% | 14 19,7% | 71 100% | |
| Auswirkungen der „Hochs“ auf Freunde und Bekannte | | | | | | |
| | Positiv | Neutral | Negativ | Positiv und Negativ | | p = 0,000 |
| Bipolar | 4 14,3% | 12 42,9% | 9 32,1% | 3 10,7% | 28 100% | |
| Unipolar | 9 12,7% | 43 60,6% | 1 1,4% | 18 25,4% | 71 100% | |
| Auswirkungen der „Hochs“ auf die Arbeit | | | | | | |
| | Positiv | Neutral | Negativ | Positiv und Negativ | | p = 0,002 |
| Bipolar | 3 10,7% | 13 46,4% | 8 28,6% | 4 14,3% | 28 100% | |
| Unipolar | 10 14,1% | 42 59,2% | 2 2,8% | 17 23,9% | 71 100% | |

4 ERGEBNISSE

| Auswirkungen der „Hochs“ auf die Freizeit | | | | | | |
|---|------------|-------------|------------|---------------------|------------|-----------|
| | Positiv | Neutral | Negativ | Positiv und Negativ | | p = 0,003 |
| Bipolar | 6 21,4% | 15 53,6% | 5 17,9% | 2 7,1% | 28 100% | |
| Unipolar | 8 11,3% | 45 63,4% | 1 1,4% | 17 23,9% | 71 100% | |

Tabelle 5: Einschätzung der Auswirkungen von „Hochs“ bei den zwei untersuchten Gruppen.

Die Einschätzung der Patienten, wie ihre Umgebung diese „Hochs“ wahrnimmt und bewertet, findet sich in Diagramm 12: Von 28 bipolaren Patienten geben neun (32,1%) an, dass sie eine negative Rückmeldung bekommen, im Vergleich zu zwei (2,8%) von 71 unipolaren Patienten. Damit errechnet sich ein $p < 0,001$.



4.11 Korrelation der mittleren Summenwerte mit „negativen“ Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen „negativen“ und „positiven und negativen“ Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen mit den mittleren Summenwerten der HCL-32-Skala zu erhalten, wird eine Korrelation durchgeführt.

| | mittlerer Summenwert Faktor 1 | mittlerer Summenwert Faktor 2 | „negative“ Auswirkungen (Frage 5) | „negative und positive“ Auswirkungen (Frage 5) |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| mittlerer Summenwert Faktor 1 | 1 | | | |
| mittlerer Summenwert Faktor 2 | 0,15 | 1 | | |
| „negative“ Auswirkungen (Frage 5) | -0,09 | -0,36** | 1 | |
| „negative und positive“ Auswirkungen (Frage 5) | 0,21* | 0,02 | -0,18 | 1 |

Tabelle 6: Korrelation der „negativen“/„negativen und positiven“ Auswirkungen mit den beiden Faktoren (Frage 5). * p < 0,05 ; ** p < 0,01

| | mittlerer Summenwert Faktor 1 | mittlerer Summenwert Faktor 2 | „negative“ Auswirkungen (Frage 5 u. 6) | „negative und positive“ Auswirkungen (Frage 5 u. 6) |
|---|-------------------------------|-------------------------------|--|---|
| mittlerer Summenwert Faktor 1 | 1 | | | |
| mittlerer Summenwert Faktor 2 | 0,15 | 1 | | |
| „negative“ Auswirkungen (Frage 5 u. 6) | -0,08 | -0,37** | 1 | |
| „negative und positive“ Auswirkungen (Frage 5 u. 6) | 0,19* | -0,04 | -0,15 | 1 |

Tabelle 7: Korrelation der „negativen“/„negativen und positiven“ Auswirkungen mit den beiden Faktoren (Frage 5 u. 6). * p ≤ 0,05; ** p < 0,01

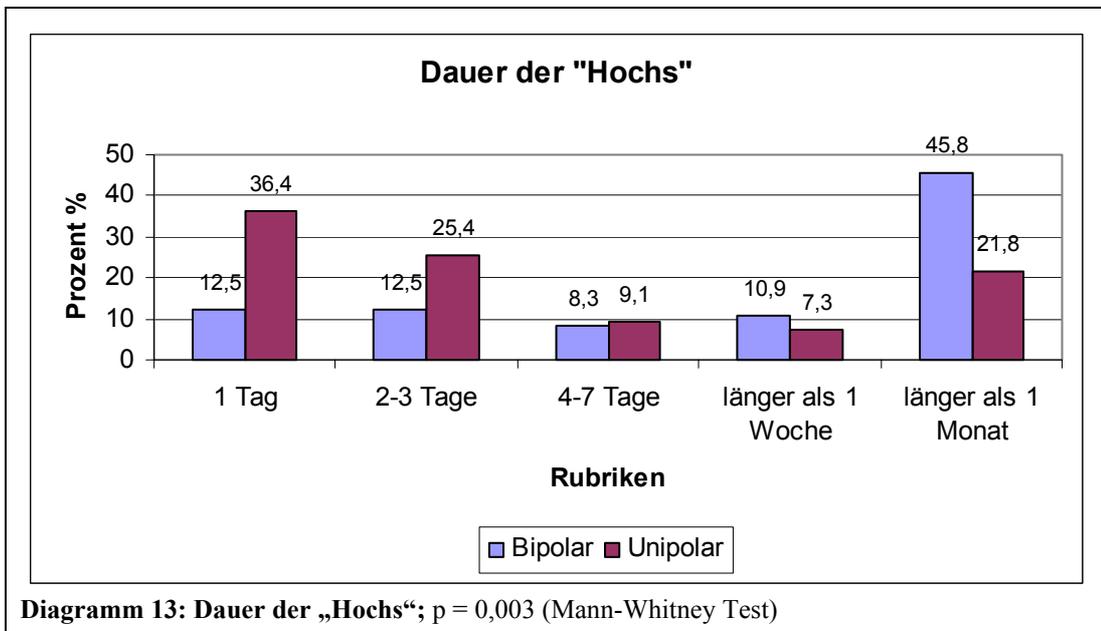
Der mittlere Summenwert des zweiten Faktors „schädlich“ korreliert in Frage fünf (vgl. Tabelle 6) signifikant mit den ausschließlich „negativen“ Auswirkungen. Dies ist auch der Fall, wenn die Frage fünf mit der Frage sechs kombiniert wird (vgl. Tabelle 7).

Auch der erste Faktor „vorteilhaft“ korreliert signifikant in Frage fünf, sowie Frage fünf und sechs kombiniert mit den „negativen und positiven“ Auswirkungen.

4.12 Dauer der „Hochs“ im Vergleich beider Diagnosegruppen

Die 98 Patienten, die angeben, solche Hochs „manchmal“ zu erleben, füllen den Bogen bis zur letzten, neunten Frage aus. Frage sieben des Fragebogens erfragt die durchschnittliche Dauer der „Hochs“. Auch hier gibt es ein unterschiedliches Antwortverhalten der beiden zu vergleichenden Diagnosegruppen (Diagramm 13).

In folgendem Diagramm ist die Kategorie „*Ich kann es nicht beurteilen bzw. weiß es nicht*“ nicht mit in die Berechnungen eingegangen, da sie für den Vergleich der Dauer zwischen beiden Diagnosegruppen keinen Informationsgewinn erbringt. Dieses Fragebogenelement kreuzten 12,2% aller Probanden an.



5 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden Daten von 132 Patienten untersucht, welche eine neue Selbstbeurteilungsskala („Hypomania self-rating scale“) ausfüllten. Dafür wurden die Patienten in zwei Diagnosegruppen eingeteilt (BP und UP) und mittels statistischer Verfahren in definierten Merkmalen miteinander verglichen. Die daraus gewonnenen Ergebnisse werden nun im Folgenden diskutiert.

Neben der Auswertung der Ergebnisse des vorliegenden Fragebogens, soll auch deren Interpretation langfristig zur Weiterentwicklung des HSRS-Fragebogens beitragen.

5.1 Diskussion der Methode

5.1.1 Der HSRS-Fragebogen

Die amerikanische Food and Drug Administration FDA (FDA 2006) hat in einem Bericht über die Entwicklung neuer medizinischer Produkte vorgeschlagen, eine Patienteneinschätzung des Therapieergebnisses („patient-reported outcome“ - PRO) vorzunehmen, um nicht nur die Innovation von Produkten zu verbessern, sondern um darüber hinaus auch die Therapie an die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten anpassen zu können. Selbstbeurteilungsskalen, wie der HSRS, können dabei ein hilfreiches Instrument sein, dies in der Psychiatrie zu ermöglichen. In der heutigen Medizin finden Selbstbeurteilungsskalen schon längere Zeit Anwendung und sind häufig aus dem Klinikalltag nicht mehr wegzudenken. Die Selbsteinschätzung der Patienten, besonders psychiatrischer Patienten, ist im klinischen Bereich wegen ihrer daraus folgenden therapeutischen und prognostischen Relevanz von Wichtigkeit.

Die bipolare Störung ist eine Erkrankung, die einen chronisch-rekurrenten Verlauf aufweist. Es gibt inzwischen zahlreiche Studien, die nicht nur Störungen des sozialen Miteinanders, der Arbeit und Familie nachweisen, sondern darüber hinaus aufzeigen, dass Betroffene einer bipolaren Störung mitunter auch eine verkürzte Lebenserwartung (Angst et al. 2003b, Perugi 1998b) haben.

Nichterkennen und Nichtbehandlung der Erkrankung führt jedoch nicht nur zu vermeidbarem Leid für den Patienten und dessen Familie, sondern hat auch erhebliche sozioökonomische Auswirkungen (Brieger et al. 2004, Runge und Grunze 2004). Eine frühzeitige und korrekte Diagnose von Hypomanien zur Identifizierung einer Bipolar-II Störung ist hilfreich für eine adäquate Langzeittherapie und Rezidivprophylaxe (Carta und Angst 2005). Auch werden mit einer guten medikamentösen Einstellung negative soziale Folgen eingedämmt und damit einhergehend die Prognose des Patienten verbessert.

Aus der Überlegung, dass die Prognose des Patienten durch eine frühe und korrekte Diagnose zu verbessern wäre, folgt die Notwendigkeit, valide Messinstrumente zu entwickeln, um dem bipolaren Spektrum zuzuordnende Patienten besser identifizieren zu können.

Da der bipolaren Störung lange Zeit mit dem Vorurteil begegnet wurde, dass sie sehr selten auftritt, wurde sie in den letzten Jahrzehnten nicht ausreichend diagnostiziert (Akiskal et al. 2000, Angst 1998, Angst et al. 2003a, Ghaemi et al. 2002, Lish et al. 1994, Judd und Akiskal 2003, Hirschfeld et al. 2003a, Manning et al. 1999). Speziell die Bipolar-II Störung wurde zu Gunsten der „depressiven Episode“ unterdiagnostiziert (Angst und Gamma 2002) und damit eine korrekte Diagnosefindung und Behandlung um bis zu 8-10 Jahre hinausgezögert (Lish et al. 1994, Hirschfeld et al. 2003c, Grunze et al. 2004). Nach wie vor werden oft sehr enge Definitionen der bipolaren Erkrankung beibehalten und damit viele Ausschlusskriterien, die eng und begrenzt sind und zu einer hohen diagnostischen Schwelle führen (Perugi et al. 1998a).

Kraepelin selbst sah und diagnostizierte die bipolare Störung häufig: *„Das manisch-depressive Irresein in dem hier umgrenzten Sinn ist eine recht häufige Krankheit; etwa 10% bis 15% der Aufnahmen in meiner Klinik gehören demselben an...“* (Kraepelin 1899a). Diese Prozentzahlen sind jedoch nicht als repräsentativ anzusehen, da sie sich nur auf das hospitalisierte Klientel Kraepelins beziehen.

Ermittelte Prävalenzraten lagen in verschiedenen Studien zwischen 1 und 1,6 Prozent (Regier et al. 1988, Kessler et al. 1994, Tohen und Goodwin 1995). Eine wei-

tere Bevölkerungsstudie vergleicht die Lebenszeitprävalenzen in verschiedenen Ländern (Weissman et al. 1996) und kommt zu einem ähnlichen Ergebnis.

Grundlage der vier oben genannten Studien waren restriktive Diagnosekriterien, die „mildere“ und „atypische“ Formen der bipolaren Erkrankung nicht mit erfassen. Forschungsgruppen gehen heute davon aus, dass auch Hypomanien, die das DSM-IV Diagnosekriterium „mindestens viertägige Dauer“ unterschreiten, von klinischer Bedeutung sind (Perugi et al. 1998a). Die Empfehlungen gehen dahin, breitere, „weiche“ diagnostische Einschlusskriterien anzuwenden, die es gestatten, Hypomanien auch dann zu diagnostizieren, wenn die Symptomatik weniger als vier Tage, wie vom DSM-IV gefordert, dauert (Cassano et al. 1992, Manning et al. 1997, Angst 1998, Akiskal et al. 1977, 2000). Das Einschlusskriterium „mindestens viertägige Dauer“ wird in neueren Studien häufig nicht mehr verwendet (Benazzi 2001 a-c).

Aktuellere Studien korrigieren das zu niedrig eingeschätzte Auftreten (Allilaire et al. 2001) der bipolaren Störung. Jules Angst ermittelte mit einer auf über 20 Jahre angelegten Studie eine Prävalenzrate für das bipolare Spektrum von 0,5% für die Bipolar-I Erkrankung und 10,9% für die Bipolar-II Erkrankung. 3,3% beträgt die Prävalenzrate für die reine Hypomanie (Angst et al. 2003a). Angst erweiterte mit dieser Studie das bipolare Spektrum und bezeichnete es als „weiches“ Spektrum (Akiskal 1983, Akiskal und Mallya 1987). Es gibt weitere Studien, die Patienten, welche initial wegen einer depressiven Episode hospitalisiert waren, auf die Prävalenz der Bipolar-II Störung hin untersuchten (Akiskal und Pinto 1999, Akiskal und Mallya 1987) und erweiterte Einschlusskriterien für das bipolare Spektrum vorschlugen.

Jedoch gibt es über die genaue Definition von Hypomanien schon seit den 1970er Jahren unterschiedliche Lehrmeinungen. Um die Prävalenzraten vergleichen zu können, braucht es dringend einheitliche Kriterien. Jules Angst fasst dieses Problem in seiner Veröffentlichung (Angst et al. 2003b) zusammen: „*Arriving at the correct definition of hypomania is a key diagnostic issue*“.

In dieser Arbeit wird der HSRS-Fragebogen verwendet, weil er zur „*correct definition of hypomania*“ einen Teil beiträgt, da er explizit dafür entwickelt wurde,

Hypomanien zu messen. Für hypomane Symptome gilt die HCL-32-Skala aus dem HSRS bereits als ein sensibles Messinstrument (Carta et al. 2006). Mit einer Sensitivität von 80,1% und einer Spezifität von 51,4% kann der Fragebogen zwischen bipolar und unipolar unterscheiden (Angst et al. 2005). Diese, noch relativ unbefriedigenden Werte weisen darauf hin, dass bei einer Weiterentwicklung der HCL-32-Skala ein Schwellenwert gefunden werden sollte, der bei hoher Sensitivität auch eine ausreichende Spezifität haben sollte.

Langfristig soll der Fragebogen weiter verbessert werden um dazu beizutragen, Bipolar-II Störungen früher und sicher zu erkennen. Dieser frühen Diagnose der Bipolar-II Erkrankung gilt die Entwicklung dieses Fragebogens.

5.1.2 Vor- und Nachteile des HSRS-Fragebogens

Eine Schwäche des HSRS-Fragebogens liegt in dem Datenverlust, der unmittelbar aus dessen Aufbau resultiert. Ein Großteil der Beantwortung des Fragebogens hängt von der vierten Frage (Angabe über die Häufigkeit der „Hochs“) ab. Der Bogen wird entweder bis zum Ende ausgefüllt, abgebrochen oder noch um zwei Fragen weitergeführt. Mit dieser Staffelung ist ein Informationsverlust gegeben, der eine Vergleichbarkeit von Ergebnissen besonders im letzten Teil des Fragebogens erschwert. Die untersuchte Stichprobe wird durch diese vorgegebene Staffelung zusätzlich noch einmal verkleinert.

Weiterhin werden Patienten, welche die HCL-32 ausfüllen und damit erlebte „Hochstimmungen“ angeben und beschreiben, in der darauf folgenden Frage mit der Antwortmöglichkeit konfrontiert, niemals solche „Hochs“ erlebt zu haben. Diese vierte Frage beinhaltet außerdem ein Verständnisproblem, das bei vielen Probanden beobachtet wurde. Rückfragen an den Untersucher traten nur bezüglich dieser Frage auf. Um diesem Problem in Zukunft besser begegnen zu können, ist für diese Frage eine Vereinfachung der Formulierung ratsam.

Es sollte weiterhin überlegt werden, für einige der Fragen im HSRS als Antwortformat eine Likert-Skala einzuführen, um damit eine höhere Variabilität mögli-

cher Probandenantworten zu erzielen und auf diese Weise eine bessere Vergleichbarkeit sowie eine vereinfachte Interpretation der Ergebnisse zu erreichen.

Besondere Aufmerksamkeit sollte dem Fragebogen gewidmet werden, weil der HSRS erstmalig versucht, retrospektiv erlebte Hypomanien zu eruieren. Nicht nur in Frage drei (HCL-32-Subskala), welche den Patient dazu auffordert, sich an ein zurückliegendes „Hoch“ zu erinnern, sondern auch mit Hilfe der Fragen sechs (Auswirkungen in der Vergangenheit), acht und neun (Existenz und Dauer) wird versucht, eine retrospektive Datenerhebung zu ermöglichen. Diese Möglichkeit der längsschnittlichen Datenerhebung im HSRS-Fragebogen ist im Vergleich zu anderen existierenden Selbstbeurteilungsskalen als ein großer Vorteil anzusehen.

Für die Weiterentwicklung der HCL-32-Skala (Angst et al. 2005) sind unsere Resultate besonders dann brauchbar, wenn auch die Ergebnisse paralleler Untersuchungen in weiteren (internationalen) Zentren vorliegen. Jules Angst merkt in seiner Veröffentlichung (Angst et al. 2005) an, dass die Entwicklung des HSRS noch einiger Zeit bedarf und die internationale Anwendung den Nachteil des Zeitverlustes mit sich bringt.

Auf der anderen Seite liegt in der multizentrischen Anwendung des Fragebogens eine große Stärke. Am Ende aller Testungen kann so eine große Stichprobe erzielt werden, die ein relativ allgemeingültiges Fazit zulässt und der Entwicklung einer validen und verbesserten, vermutlich verkürzten Skala, dient.

5.1.3 Testtheoretische Überlegungen

In dieser Arbeit fließen auch testtheoretische Analysen mit ein, da sich die HCL-32-Skala derzeit im Zustand der internationalen Testung befindet. Die Reliabilitätskoeffizienten der HCL-32-Skala wie auch ihrer beiden Subskalen liegen zwischen 0,76 und 0,83. Für gute Tests wird ein Reliabilitätskoeffizient gefordert, der zwischen 0,8 und 0,95 liegt. Oft, insbesondere bei Forschungsskalen wie der HCL-32, kann er allerdings auch kleiner ausfallen (Amelang und Bartussek 2001).

5.1.4 Repräsentativität der Stichprobe bezogen auf Alters- und Geschlechtsunterschiede

Die vorliegende Stichprobe wird auf signifikante Alters- und Geschlechtsunterschiede in den zwei Gruppen untersucht, um die Ergebnisse mit den allgemein bekannten epidemiologischen Daten zu vergleichen.

In vorliegender Stichprobe finden sich signifikante Altersunterschiede zwischen unipolaren und bipolaren Patienten. Bipolare Patienten sind im Durchschnitt 8,21 Jahre jünger als unipolare Patienten. Dieses Ergebnis entspricht den allgemeinen Forschungserkenntnissen, dass bipolare Patienten früher als unipolare Patienten symptomatisch werden und sich in Behandlung begeben (Weissman et al. 1996, Peselow et al. 1982, Joyce 1984).

Auch hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede beider Versuchsgruppen sind vorliegende Resultate konform mit den allgemeinen Forschungsergebnissen. Die bipolare Erkrankung ist zwischen den Geschlechtern nahezu gleich verteilt (Weissman et al. 1996, Rouillon 1997, Kawa et al. 2005), während mehr Frauen an unipolaren Depressionen leiden (Weissman et al. 1996, Weissman et al. 1993, Parker und Hadzi-Pavlovic 2004).

Das stichprobenartig befragte Untersuchungsklientel bestätigt somit die allgemein bekannten epidemiologischen Daten. Aus diesem Grund ist es gerechtfertigt, die erhaltenen Ergebnisse weiter zu interpretieren.

5.1.5 Methodenkritik

Es ist anzumerken, dass in dieser Studie im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Studien eine kleinere Patientengruppe für die Befragung mit der Selbstbeurteilungsskala rekrutiert wurde. Während in Italien 186 und in Schweden 240 Patienten an der Studie teilnahmen und den HSRS-Fragebogen ausfüllten, waren es in Deutschland 117 Patienten in den beiden Vergleichsgruppen. Diese kleinere Gruppenstichprobe erschwert eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen der zwei Voruntersuchungen, weil die statistische Aussagekraft (Power) reduziert ist

und somit in der Population möglicherweise vorhandene Effekte nicht signifikant werden.

Ein möglicher Schwachpunkt der vorliegenden Arbeit ist die Einteilung der Probanden in zwei Diagnosegruppen, welche mit Hilfe der „best-estimate“ Methode (Roy 1997) vorgenommen wurde. Im Vergleich dazu ist in Italien ein strukturiertes klinisches Interview SKID-I nach DSM-IV durchgeführt worden (Angst et al. 2005). Auch in Schweden wurde ein semi-strukturiertes Interview, welches auf DSM-IV Kriterien basiert (Angst et al. 2005), angewandt. Untersuchungen belegen, dass die Kombination des SKID-Interviews mit der klinischen Diagnose, beziehungsweise der Diagnose aus der Akte, zu einer akkurateren Primärdiagnose führen kann (Ramirez et al. 2000). Jedoch wurde nachgewiesen, dass die diagnostische Übereinstimmung zwischen dem Ergebnis eines SKID-Interviews mit dem einer klinischen Diagnose für die bipolare Störung in der Regel ausreichend hoch ist (Steiner et al. 1995).

Eine mögliche Heterogenität der Gesamtstichprobe resultiert aus der Gegebenheit, dass die Patienten einerseits in der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg rekrutiert wurden, andererseits in einer psychiatrischen Praxis und somit die Teilstichproben unterschiedlich groß sind. Beide Gruppen wurden hinsichtlich einiger Parameter (Alter, Geschlecht) miteinander verglichen. Dabei ergaben sich keine Gruppenunterschiede, so dass von einer weitestgehenden Vergleichbarkeit ausgegangen werden kann.

5.2 Diskussion der Hypothesen

1. Unipolar depressive Patienten unterscheiden sich in der Beantwortung des HSRS-Fragebogens signifikant von Patienten, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind.

Die Hypothese, dass sich beide Diagnosegruppen in der Beantwortung des HSRS-Fragebogens voneinander unterscheiden, lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse zum Großteil untermauern.

1a) In Frage eins wird der Stimmungszustand zum Befragungszeitpunkt des Patienten erfragt. Da die Angabe des „*derzeitigen Zustandes*“, also der Stimmung am Tag der Befragung, willkürlich gewählt ist und sich die Angabe einer stichpunktartig erhobenen Stimmung schwerlich mit einer Diagnose korrelieren lässt, wird statistisch kein bedeutend unterschiedliches Ergebnis zwischen den beiden Diagnosegruppen erwartet. Anhand der Daten konnte diese Annahme bestätigt werden (vgl. Diagramm 9).

1b) Die Antworten der zweiten Frage ergeben, dass bipolare Patienten genauso häufig angeben von „*deutlichen Stimmungsschwankungen*“ geprägt wie auch „*stabil und ausgeglichen*“ zu sein.

Unipolare Patienten geben mehrheitlich an, deutliche Schwankungen in der Stimmung zu erleben. Im Vergleich zu den bipolaren Probanden, kreuzen sie mehr als doppelt so häufig an, stimmungsmäßig „*relativ unter dem Strich*“ zu liegen. Die Vermutung, dass die Gruppe der bipolaren Patienten die erste Kategorie „*geprägt von deutlichen Schwankungen*“ wesentlich häufiger angibt, konnte in dieser Stichprobe nicht bestätigt werden (vgl. Diagramm 10).

Bei der Selbsteinschätzung der Stimmung im Vergleich der beiden Diagnosegruppen errechnet sich kein signifikantes Ergebnis.

1c) Die statistischen Berechnungen der HCL-32-Skala ergeben in der Skalenanalyse eine Zweifaktorenlösung. Damit ähnelt dieses Ergebnis denen der Voruntersuchungen in Italien und Schweden (Angst et al. 2005) und bestätigt die Zweifaktoren-Variante. Auf dem ersten Faktor laden Fragebogenelemente, die für den Patienten positive Auswirkungen von „Hochs“ widerspiegeln. Diese Fragebogenelemente lassen sich unter dem Oberbegriff „vorteilhaft“ zusammenfassen. Dieser Faktor enthält laut Angst (Angst et al. 2005) hauptsächlich die Symptome „*Überaktivität, gehobene Stimmung*“ und „*verbessertes Denkvermögen*“.

Umgekehrt werden die Fragebogenelemente, die negative Konsequenzen von Hochstimmungen mit sich bringen, auf dem zweiten Faktor vereint. Angesichts der Inhalte und Ergebnisse bietet es sich auch in dieser Arbeit an, die beiden Fak-

5 DISKUSSION

toren in Anlehnung an Angst als „vorteilhaft“ und „schädlich“ (Angst et al. 2005) zu bezeichnen.

Ebenfalls lässt sich in dieser Untersuchung eine ähnliche Anzahl von Fragebogenelementen finden, die auf den jeweiligen zwei Faktoren „vorteilhaft“ und „schädlich“ laden (vgl. Tabelle 8; Tabelle 10 im Anhang). Im Vergleich unserer Daten mit denen der Voruntersuchungen in Schweden und Italien (Angst et al. 2005) können 17 Fragebogenelemente ermittelt werden, die in allen drei Untersuchungen auf einem identischen Faktor laden. Es existieren sechs Elemente, die in zwei Untersuchungen auf einem identischen Faktor laden. Vier Elemente laden nur in einer einzelnen Untersuchung auf einem jeweiligen Faktor und ein Fragebogenelement lädt in zwei Untersuchungen auf unterschiedlichen Faktoren.

Folglich existiert trotz sprachlicher Unterschiede in allen drei Untersuchungen eine ähnliche Faktorstruktur, welche die vorliegende Faktorenanalyse validiert. Die analogen Befunde lassen somit eine Kürzung der HCL-Skala und eine Differenzierung von brauchbaren Fragebogenelementen zu. Fragebogenelemente, welche in verschiedenen Untersuchungen wiederholt mit einer hohen Ladung auf demselben Faktor laden, sollten daher bei einer potenziellen Kürzung der HCL-32-Skala nicht herausfallen, sondern in einer Kurzform der HCL-Skala enthalten sein.

| Fragebogenelement (Item) | | Deutschland | | Italien | | Schweden | |
|---|--|-------------|--------|---------|--------|----------|--------|
| | | Fkt. 1 | Fkt. 2 | Fkt. 1 | Fkt. 2 | Fkt. 1 | Fkt. 2 |
| 3 Fragebogenelemente stimmen überein | | | | | | | |
| 02 | Ich habe mehr Energie oder Tatkraft | 0,48 | | 0,56 | | 0,55 | |
| 05 | Ich bin geselliger (mehr Telefonate, ich gehe mehr aus) | 0,56 | | 0,64 | | 0,44 | |
| 06 | Ich bin reiselustiger und reise mehr | 0,42 | | 0,40 | | 0,40 | |
| 10 | Ich bin körperlich aktiver (Sport usw.) | 0,56 | | 0,52 | | 0,48 | |
| 11 | Ich mache mehr Pläne | 0,54 | | 0,62 | | 0,61 | |
| 12 | Ich habe mehr Ideen, bin kreativer | 0,54 | | 0,69 | | 0,69 | |
| 13 | Ich bin weniger schüchtern oder gehemmt | 0,55 | | 0,49 | | 0,47 | |
| 15 | Ich will mehr Leute treffen oder tue es auch | 0,44 | | 0,63 | | 0,43 | |
| 16 | Ich bin mehr an Sex interessiert und/oder habe ein stärkeres Verlangen | 0,60 | | 0,43 | | 0,49 | |

5 DISKUSSION

| | | Deutschland | | Italien | | Schweden | |
|--|---|-------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Fragebogenelement (Item) | | Fkt. 1 | Fkt. 2 | Fkt. 1 | Fkt. 2 | Fkt. 1 | Fkt. 2 |
| 20 | Ich mache mehr Witze oder Wortspiele | 0,48 | | 0,58 | | 0,54 | |
| 21 | Ich lasse mich leicht ablenken | | 0,69 | | 0,52 | | 0,54 |
| 23 | Meine Gedanken springen von einem Thema zum anderen | | 0,67 | | 0,57 | | 0,45 |
| 24 | Alles fällt mir leichter und/oder geht schneller | 0,58 | | 0,51 | | 0,51 | |
| 25 | Ich bin ungeduldiger oder reagiere leichter gereizt | | 0,60 | | 0,66 | | 0,63 |
| 26 | Ich kann andere überfordern oder „nerven“ | | 0,51 | | 0,65 | | 0,41 |
| 27 | Ich gerate leicht in Auseinandersetzungen mit anderen | | 0,56 | | 0,65 | | 0,49 |
| 28 | Meine Stimmung ist deutlich besser und optimistischer | 0,56 | | 0,53 | | 0,55 | |
| 2 Fragebogenelemente stimmen überein | | | | | | | |
| 03 | Ich habe mehr Selbstvertrauen | | | 0,56 | | 0,59 | |
| 04 | Ich habe mehr Spaß an meiner Arbeit | | | 0,50 | | 0,47 | |
| 07 | Ich fahre eher schneller oder risikofreudiger | | | | 0,50 | | 0,44 |
| 17 | Ich flirte mehr und/oder bin sexuell aktiver | 0,62 | | | | 0,43 | |
| 18 | Ich bin gesprächiger | 0,57 | | | | 0,60 | |
| 19 | Ich denke schneller | 0,48 | | | | 0,55 | |
| Kein Fragebogenelement stimmt überein | | | | | | | |
| 08 | Ich gebe mehr oder zu viel Geld aus | | 0,59 | | | | |
| 09 | Ich nehme mehr Risiken auf mich | | | | | | 0,48 |
| 30 | Ich rauche mehr | | | | | | 0,41 |
| 31 | Ich trinke mehr Alkohol | | | | | | 0,43 |
| Fragebogenelement, welches auf zwei verschiedenen Faktoren lädt | | | | | | | |
| 22 | Ich beginne ständig mit neuen Dingen | | 0,64 | 0,40 | | | |
| Anzahl insgesamt | | 15 | 7 | 15 | 6 | 17 | 9 |

Tabelle 8: Ladungen der HCL-32 Fragebogenelemente auf den zwei Faktoren in den drei Untersuchungen

Im Vergleich der zwei Diagnosegruppen hinsichtlich der mittleren Summenwerte der Gesamtskala und beider Subskalen („vorteilhaft“ und „schädlich“) erhalten

wir in allen drei Fällen ein signifikantes Ergebnis. Das heißt demnach, dass die **Beantwortung der HCL-Skala mit ihren Subskalen diagnoseabhängig** ist. Bipolare Patienten kreuzen signifikant häufiger Fragebogenelemente der „schädlich“-Skala an, während unipolar depressive Patienten signifikant häufiger Fragebogenelemente der „vorteilhaft“-Skala ankreuzen.

Auch in der italienischen und schwedischen Untersuchung werden für die drei Skalen signifikante p-Werte errechnet, wenn die zwei Diagnosegruppen hinsichtlich der mittleren Summenwerte miteinander verglichen werden (Angst et al. 2005). In dieser zuverlässigen Differenzierung der Diagnosegruppen liegt ein großer Vorteil der HCL-32-Skala. Diese kann sich zu einem hilfreichen, guten Messinstrument entwickeln, um die Sicherheit der Diagnose zu erhöhen.

Die HCL-32-Skala hat im Vergleich zu anderen Selbstbeurteilungsskalen die Besonderheit, dass sie hypomane Symptome, insbesondere das Symptom „Überaktivität“ mitbewertet (Angst et al. 2005), welches laut Studien zu einer Reduzierung der falsch-negativen Bipolar-II Diagnose beiträgt (Dunner und Tay 1993, Simpson et al. 2002, Brugha et al. 2001, Benazzi 2004b).

Signifikante Geschlechtsunterschiede zwischen den mittleren Summenwerten der HCL-32-Gesamtskala und der beiden Subskalen „vorteilhaft“ und „schädlich“ konnten in der Untersuchung nicht festgestellt werden.

1d) Hinsichtlich der **Häufigkeit** der „Hochs“ kann der Fragebogen in diesem Fall nicht wie vermutet statistisch signifikant zwischen den zwei Diagnosegruppen unterscheiden. Jedoch lassen sich bei der Beantwortung der Frage Tendenzen erkennen. Ungefähr dreimal häufiger geben unipolare Patienten an, nie „Hochs“ zu erleben. In den anderen beiden Kategorien unterscheiden sich die beiden Diagnosegruppen unwesentlich.

Differenzieren lassen sich die beiden untersuchten Gruppen bezogen auf die **Dauer** von „Hochs“. Unipolar depressive Patienten geben dreimal häufiger als bipolare Patienten an, dass ihre „Hochs“ einen Tag dauern würden. Immer noch doppelt so häufig beantworten die unipolaren Patienten die Frage damit, dass ein „Hoch“

zwei bis drei Tage dauern würde. Im Vergleich bipolarer Patienten ergibt sich, dass die beiden Kategorien „1 Tag“ bzw. „2-3 Tage“ gleich häufig angegeben werden. Am häufigsten geben bipolare Probanden an, dass ein „Hoch“ länger als einen Monat anhalten würde.

Diese Ergebnisse stützen die Hypothese, dass nicht nur unipolar depressive Probanden „Hochs“ erleben, welche häufig weniger als vier Tage andauern können (Akiskal et al. 2000), sondern auch bipolare Patienten.

Das DSM-Kriterium einer viertägigen Dauer wird in verschiedenen Studien inzwischen als zu einschränkend (hohe diagnostische Schwelle), fragwürdig und überholt (Akiskal et al. 2000, Dunner 2003, Akiskal 1996a, Angst et al. 2003a) kritisiert und deshalb im Gegensatz zu anderen bereits existierenden Fragebögen nicht als diagnostisches Ausschlusskriterium angesehen.

Bei den bipolaren Patienten dieser Studie werden kurz dauernde „Hochstimungen“ etwas häufiger angegeben als Hochstimmungen, die vier Tage und länger, wie das DSM es fordert, andauern. Dieses DSM-Kriterium kann demzufolge als wenig sinnvoll angesehen werden. Weiterhin sind vorliegende Ergebnisse auch deshalb aufschlussreich, weil bei einem Screening nach Hypomanien bei unipolar depressiv diagnostizierten Patienten, denjenigen weiter Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte, welche „Hochs“ angeben, die weniger als vier Tage dauern und schon deshalb den DSM-Kriterien für Hypomanien nicht entsprechen.

2. In der vorliegenden HCL-32-Skala existieren Fragebogenelemente, die eine hohe Trennschärfe zwischen beiden Diagnosegruppen aufweisen.

Langfristiges Ziel ist die Analyse aller internationalen Ergebnisse, um einen „cut-off-Score“ (Schwellenwert, für die Anzahl der positiven Antworten auf der HCL-Skala) für hypomane Symptome und eine eventuell verkürzte Version der HCL-32 entwickeln zu können (Angst et al. 2005).

Weisen Fragebogenelemente wiederholt und in unabhängigen Untersuchungen eine hohe Trennschärfe auf, sind sie geeignet, zuverlässig zwischen zwei Gruppen zu unterscheiden. Hinsichtlich der Weiterentwicklung und Verbesserung der

HCL-Skala sind solche Fragebogenelemente als besonders brauchbar einzuschätzen.

In Anlehnung an die Voruntersuchungen aus Italien und Schweden wird auch in dieser Arbeit vermutet, dass es in der HCL-Skala Fragebogenelemente gibt, die statistisch signifikant zwischen den beiden untersuchten Diagnosegruppen unterscheiden können. Die HCL-32-Skala weist in dieser Untersuchung zwölf Fragebogenelemente auf, in deren Beantwortung sich die beiden Diagnosegruppen signifikant voneinander unterscheiden. Im Vergleich dazu waren es in der italienischen Stichprobe 17 Fragebogenelemente und in der schwedischen Stichprobe 26 Fragebogenelemente (Angst et al. 2005). Die geringere Anzahl diskriminierender Fragebogenelemente in der vorliegenden Studie lässt sich vermutlich mit den Unterschieden in der Stichprobengröße erklären.

Acht Fragebogenelemente (vgl. Tabelle 11 im Anhang) weisen in allen drei Untersuchungen (Italien, Schweden, Deutschland) eine hohe Trennschärfe zwischen unipolar depressiven und bipolaren Patienten auf.

3. Die Angabe von Auswirkungen der „Hochs“ in verschiedenen Lebensbereichen unterscheidet sich bei den beiden untersuchten Diagnosegruppen relevant.

In dieser Arbeit kann grundsätzlich festgehalten werden, dass unipolare Patienten im Vergleich zu bipolaren Patienten die Auswirkungen von „Hochs“ in verschiedenen Lebensbereichen sehr unterschiedlich einschätzen.

Prinzipiell geben unipolar depressive Patienten in Frage fünf und sechs signifikant häufiger als die bipolare Vergleichsgruppe an, in ihren unterschiedlichen Lebensbereichen „positive“ Auswirkungen auf Hochstimmungen zu erfahren. Ein „Hoch“ definiert sich für den depressiven Patienten meist als Zeitraum, in dem er sich besser fühlt, weil seine Krankheitssymptome (gedrückte Stimmung, Interessen- und Freudlosigkeit, Antriebsminderung, Minderung des Selbstwertes, Schlafstörungen etc.) nicht mehr so deutlich zu spüren sind (APA

1996, WHO 1992). Der Patient fühlt sich häufig wieder aktiver, ist kommunikativer und wirkt auf sein menschliches Umfeld fröhlicher. Dieses Ergebnis entspricht dem allgemeinen Kenntnisstand über depressive Episoden. Ferner korrelieren „positive und negative“ Auswirkungen in Frage fünf und sechs signifikant mit dem ersten Faktor der HCL-Subskala „vorteilhaft“.

Im Vergleich zu den unipolaren Patienten geben bipolare Patienten signifikant häufiger an, Auswirkungen negativer Natur während Hochstimmungen zu erleben, beziehungsweise häufiger negative Rückmeldungen auf ihre „Hochs“ aus ihrem Umfeld zu bekommen. Im Unterschied zu unipolar depressiv erkrankten Patienten ist es bei dem Krankheitsbild der Bipolar-I- und Bipolar-II Störung wahrscheinlicher, dass der Betroffene sein Umfeld irritiert und negative Rückmeldungen auf seine Emotionen und Aktionen bekommt. Auch in Hochphasen, die nicht das Vollbild der Manie bieten, treten deren Symptome in abgeschwächter Form auf und sind für die Umgebung des Patienten als Stimmungsveränderung und manchmal als Funktionsbeeinträchtigung beobachtbar (APA 1996). So ist anzunehmen, dass negative Konsequenzen jeglicher Art und Abstufung auch bei Bipolar-II Patienten vermehrt auftreten.

Auch korrelieren die „negativen“ Auswirkungen aus Frage fünf und sechs statistisch signifikant mit den mittleren Summenwerten der HCL-Subskala „schädlich“, deren Fragebogenelemente von bipolaren Probanden häufiger angekreuzt werden. Hinter diesen Befunden steht daher auch die Annahme, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Angabe von „positiven und negativen“ beziehungsweise „negativen“ Auswirkungen in den vier Lebensbereichen, mit hohen mittleren Summenwerten auf der „vorteilhaft“- beziehungsweise „schädlich“-Skala besteht.

Aufschlussreich sind auch die Unterschiede bei der Angabe über neutrale Auswirkungen. Diese Kategorie wird von unipolaren Patienten ebenfalls durchweg häufiger angekreuzt. Ein bipolarer Patient wird kaum ein neutrales Feedback auf ein Stimmungshoch von einer ihm nahe stehenden Person bekommen, da die affektive Störung schwer genug ist, um eine deutliche Beeinträchtigung der üblichen sozialen Beziehungen und Aktivitäten zu bewirken (APA 1996, Carta und Angst

2005). Auch in Frage sechs gibt kein einziger bipolarer Patient an, „keine Reaktion“ von seinem Umfeld zu bekommen.

Die Häufigkeit, mit der eine Kategorie (positiv, neutral, negativ) vom Probanden angekreuzt wird, ist statistisch gesehen diagnoseabhängig. Daraus lässt sich folgern, dass unipolar depressive Patienten zukünftig bei Angabe von „negativen“ Auswirkungen während eines „Hochs“ beziehungsweise hohen mittleren Summenwerten auf der „schädlich“-Skala bezüglich der negativen Konsequenzen näher vom behandelnden Arzt exploriert und die Diagnose gegebenenfalls hinterfragt werden sollte.

In dieser Arbeit geben fünf unipolar depressiv vordiagnostizierte Patienten an, mindestens in einem Lebensbereich ausschließlich negative Auswirkungen von „Hochs“ in ihren Lebensumfeldern erlebt zu haben.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung dieses Fragebogens, welcher langfristig zur Verminderung einer falsch-positiv diagnostizierten unipolaren Depression führen soll, spielen negative Auswirkungen eine wichtige Rolle, da sie dem behandelnden Arzt Hinweise auf das Vorliegen einer bipolaren Störung geben könnten (APA 1996, Benazzi 2004a).

4. Der Stimmungszustand des Patienten zum Befragungszeitpunkt beeinflusst die Beantwortung der HCL-32-Skala.

Die prinzipielle Annahme, dass der Stimmungszustand des Patienten zum Befragungszeitpunkt die Beantwortung der HCL-32-Skala beeinflussen könnte, wurde untersucht. Akiskal et al. (2000) zitiert in seinem Review John Kelsoe M.D. zu diesem Thema: „*The major problem... in diagnosis is state dependent memory in patients. When they are high, all they remember are past manias, when they are depressed, they only recollect being depressed.*”

Um deshalb beim Ausfüllen einer Selbstbeurteilungsskala, die im vorliegenden Fall hypomane Symptome erforscht, die Neigung zur zustandsabhängigen Wahrnehmung zu vermeiden (Benazzi 2004a, Akiskal et al. 2000) ist die gebräuchlichste Art und Weise laut Benazzi und Akiskal (2003a) das Interviewen während einer leichten depressiven Episode oder während eines euthymen

einer leichten depressiven Episode oder während eines euthymen Stimmungszustandes. Demzufolge bestand in dieser Studie das Untersuchungsklientel aus Patienten, welche zum Zeitpunkt der Befragung keiner stationären Behandlung bedurften und sich somit nicht in einer akuten, schwerwiegenden Erkrankungsepisode befanden.

In vorliegender Untersuchung hatte die Stimmung zum Befragungszeitpunkt statistisch keinen Einfluss auf die Beantwortung der HCL-32-Skala. Die oben aufgestellte Arbeitshypothese konnte demnach nicht bestätigt werden.

Zu dem Ergebnis, dass der Stimmungszustand zum Befragungszeitpunkt keinen Einfluss auf die Beantwortung der HCL-32-Skala hat, ist auch die Arbeitsgruppe um Jules Angst gekommen. Auch in der italienischen und schwedischen Studie ließ sich mathematisch kein Einfluss von Stimmungszustand zum Zeitpunkt der Befragung und der Selbstbeurteilung hypomaner Symptome in der HCL-32-Skala ermitteln, obwohl zum Befragungszeitpunkt einige der Patienten akut depressiv waren (Angst et al. 2005). Angst verweist in einem unveröffentlichtem Manuskript auf Studien, die belegen, dass zum Befragungszeitpunkt vorhandene Psychosen oder ein Mangel an Einblick und Einsicht keinen Einfluss auf die Beantwortung von Selbstbeurteilungsskalen haben sollen (Braunig et al. 1996). Demnach ist anzunehmen, dass die HCL-32-Skala auch zum Screening derzeit symptomatischer Patienten eingesetzt werden kann (Benazzi 2003a).

Weitere Untersuchungen zu diesem Ergebnis werden jedoch als sinnvoll erachtet, um diese Hypothese weiter zu stützen. Es muss aus diesem Grund offen gelassen werden, inwieweit eine Selbstbeurteilung für akut und schwer Erkrankte sinnvoll erscheint und von klinischer Relevanz sein kann.

5.3 Schlussfolgerung

Ziel dieser Arbeit war es, einen neu entwickelten, noch nicht ausreichend validierten Fragebogen statistisch auszuwerten und auf seine Tauglichkeit im klinischen Alltag zu prüfen. Die Ausführungen und Berechnungen dieser Studie stellen jedoch noch keine systematische statistische Bearbeitung des HSRS-Fragebogens

dar. Sie beziehen sich schwerpunktmäßig auf die oben genannten, eingegrenzten Fragestellungen.

Die im Rahmen der vorliegenden Studie gewonnenen Daten haben gezeigt, dass der HSRS-Fragebogen geeignet ist, in einigen Fragen statistisch zuverlässig zwischen zwei Diagnosegruppen zu unterscheiden. Auch negative Auswirkungen von Stimmung und Verhalten werden im Vergleich zu anderen Skalen erstmalig in dieser Selbstbeurteilungsskala mit erfragt. Dabei eröffnet der HSRS-Fragebogen insbesondere hinsichtlich der retrospektiven Datenermittlung neue, längsschnittliche Perspektiven.

Die vorliegende Erhebung ist jedoch vorläufig nur als Teil eines dynamischen Prozesses zu verstehen, da sich die Selbstbeurteilungsskala derzeit noch im Forschungsstatus befindet. Die HCL-32-Skala aus dem HSRS-Fragebogen stellt für hypomane Symptome bereits ein sensitives Messinstrument dar (Angst et al. 2005, Carta et al. 2006). Langfristiges Ziel in der Arbeit mit dieser Selbstbeurteilungsskala (insbesondere mit der HCL-32-Skala) bleibt nach wie vor deren Verbesserung und eventuelle Kürzung beziehungsweise Validierung, um ihn dem täglichen Klinikgebrauch zugänglich zu machen. Die zum jetzigen Zeitpunkt eingeschränkte internationale Vergleichbarkeit erschwert aber momentan diesen Prozess noch.

Selbstverständlich ist die Diagnose eines jeden Patienten nach wie vor klinisch zu stellen, jedoch kann der Fragebogen Hinweise auf das Verhalten und die Stimmungszustände des Patienten geben, die anamnestisch leicht zu übersehen sind. Gerade deshalb vermag sich der Fragebogen im durch Zeitnot geprägten klinischen Alltag zu einem tauglichen Instrument zur Diagnose-Optimierung entwickeln, die große Bedeutung für den Patienten haben kann.

Nachfolgende Erhebungen und Untersuchungen über die episodische Natur und die Auswirkungen von Hypomanien mit Hilfe des HSRS-Fragebogens erscheinen daher wünschenswert. Das Augenmerk sollte dabei insbesondere auf den negativen Konsequenzen jeglicher Art, welche von unipolar depressiven Patienten mit Hochstimmungen angegeben werden und deren klinischer Relevanz liegen.

Besonders der Aspekt der **klinischen Tauglichkeit** des Fragebogens verdient noch weitere Beachtung. Sinnvoll wäre es, die in vorliegender Arbeit gewonnenen Ergebnisse in zukünftigen Studien, insbesondere auch durch Testungen an der Allgemeinbevölkerung, daraufhin zu überprüfen.

6 Literaturverzeichnis

Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R: Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 59 Suppl 1 (2000) 5-30

Akiskal HS, Brieger P, Mundt C, Angst J, Marneros A: Temperament und affektive Störungen. Die TEMPS-A-Skala als Konvergenz europäischer und US-amerikanischer Konzepte. *Nervenarzt* 73.3 (2002) 262-71

Akiskal HS, Djenderedjian AM, Rosenthal RH, Khani MK: Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry* 134.11 (1977) 1227-33

Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Chatenet-Duchene L, Lancrenon S: Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disorders* 73.1-2 (2003) 65-74

Akiskal HS, Khani MK, Scott-Strauss A: Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2 (1979) 527-554

Akiskal HS, Pinto O: The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am.* 22.3 (1999) 517-34

Akiskal HS, Mallya G: Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 23.1 (1987) 68-73

Akiskal HS: The bipolar spectrum: New concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon L (Ed) *Psychiatry update: The American Psychiatric Association annual review.* American Psychiatric Press, Washington DC, 1983

Akiskal HS: The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 16.2 Suppl 1 (1996a) 4-14

Akiskal HS: The temperamental foundations of affective disorders. In: Mundt C, Hahlweg K, Fiedler P (Eds) *Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders.* Gaskell, London, 1996

Allilaire JF, Hantouche EG, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Lancrenon S, Chatenet-Duchene L, Akiskal HS: Frequency and clinical aspects of bipolar II disorder in a French multicenter study: EPIDEP *Encephale* 27.2 (2001) 149-58

Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM: The Altman Self-Rating Mania Scale. *Biol Psychiatry* 42.10 (1997) 948-55

Amelang M, Bartussek D: Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. 5. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 2001

American Psychiatric Association: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto (usw.), 1996

Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skerpar P, Vieta E, Scott J: The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 88.2 (2005) 217-33

Angst J, Cassano G: The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 7 Suppl 4 (2005) 4-12

Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rossler W: Diagnostic issues in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 13 Suppl 2 (2003b) 43-50

Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rossler W: Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 73.1-2 (2003a) 133-46

Angst J, Gamma A: A new bipolar spectrum concept: a brief review. *Bipolar Disord* 4 Suppl 1 (2002) 11-14

Angst J, Marneros A: Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 67 (2001) 3-19

Angst J: Depression and anxiety: implications for nosology, course, and treatment. *J Clin Psychiatry* 58 Suppl 8 (1997) 3-5

Angst J: Hypomania. Apropos of a cohort of young patients. *Encephale* 18.1 (1992) 23-29

Angst J: The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 50.2-3 (1998) 143-51

Angst J: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Eine genetische, soziologische und klinische Studie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1966

Bauer MS, Crits-Christoph P, Ball WA, Dewees E, McAllister T, Alahi P, Cacciola J, Whybrow PC: Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. Scale characteristics and implications for the study of mania. *Arch Gen Psychiatry* 48.9 (1991) 807-12

Bauer MS, Vojta C, Kinosian B, Altshuler L, Glick H: The Internal State Scale: replication of its discriminating abilities in a multisite, public sector sample. *Bipolar Disord* 2.4 (2000) 340-46

Benazzi F, Akiskal HS: The dual factor structure of self-rated MDQ hypomania: energized-activity versus irritable-thought racing. *J Affect Disord* 73.1-2 (2003a) 59-64

Benazzi F, Akiskal HS: Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SKID-CV guidelines for hypomania. *J Affect Disord* 73.1-2 (2003b) 33-38

Benazzi F: Bipolar II depression in late life: prevalence and clinical features in 525 depressed outpatients. *J Affect Disord* 66.1 (2001a) 13-18

Benazzi F: Bipolar II disorder and major depressive disorder: continuity or discontinuity? *World J Biol Psychiatry* 4.4 (2003a) 166-71

Benazzi F: Improving the Mood Disorder Questionnaire to detect bipolar II disorder. *Can J Psychiatry* 48.11 (2003b) 770-71

Benazzi F: Is 4 days the minimum duration of hypomania in bipolar II disorder? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 251.1 (2001b) 32-34

Benazzi F: Level of functioning in hypomania of bipolar II disorder. *Can J Psychiatry* 49.3 (2004a) 214-15

Benazzi F: Sensitivity and specificity of clinical markers for the diagnosis of bipolar II disorder. *Compr Psychiatry* 42.6 (2001c) 461-65

Benazzi F: Toward better probing for hypomania of bipolar-II disorder by using Angst's checklist. *Int J Methods Psychiatr Res* 13.1 (2004b) 1-9

Bleuler E: *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin, Julius Springer: 1916

Bleuler E: *Lehrbuch der Psychiatrie*. 6. Aufl. Berlin; 1937

Braunig P, Shugar G, Kruger S: An investigation of the Self-Report Manic Inventory as a diagnostic and severity scale for mania. *Compr Psychiatry* 37.1 (1996) 52-55

Brieger P, Bloink R, Rottig S, Marneros A: Die vorzeitige Berentung von unipolar depressiv und bipolar affektiv Erkrankten. *Psychiatr Prax* 31.4 (2004) 203-06

Brieger P, Marneros A: Bipolar disorders – relation to personality and temperament. *Eur Psychiat* 17 Suppl 1 (2002) 65

Brugha TS, Jenkins R, Taub N, Meltzer H, Bebbington PE: A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med* 31.6 (2001) 1001-13

Carta MG, Angst J: Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 1.1 (2005) 4

Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Campus A, Morosini PL, Gamma A, Angst J: The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2 (2006) 2

Cassano GB, Akiskal HS, Savino M, Musetti L, Pertugi G: Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *J Affect Disord* 26.2 (1992) 127-40

Cattell RB: The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioural Research* 1 (1966) 245-276

Dennehy EB, Suppes T, Crismon ML, Toprac M, Carmody TJ, Rush AJ: Development of the Brief Bipolar Disorder Symptom Scale for patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res* 127.1-2 (2004) 137-45

Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK: Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry* 11.1 (1976) 31-42

Dunner DL, Tay LK: Diagnostic reliability of the history of hypomania in bipolar II patients and patients with major depression. *Compr Psychiatry* 34.5 (1993) 303-07

Dunner DL: Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder *Bipolar Disord*. 5.6 (2003) 456-63

FDA: US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Guidance for Industry Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims
<http://www.fda.gov/cder/guidance/5460dft.htm> (03.03.2006)

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version (SKID-CV). American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1996

Fritze F, Ehrt U, Brieger P: Zum Konzept der Hyperthymie. Fortschr Neurol Psychiatr 70 (2002) 117-25

Fritze F: Zum Konzept der Hyperthymie. Historische Entwicklung und aktuelle Ansichten. (Dissertation) Halle/Saale, 2001

Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK: "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. Can J Psychiatry 47.2 (2002) 125-34

Goethe JWv: Egmont: Trauerspiel. Göschen, Leipzig, 1788

Griesinger W: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Aerzte und Studierende. Adolph Krabbe, Stuttgart, 1845

Griesinger W: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 2.Aufl. Adolph Krabbe, Stuttgart, 1867

Grunze H, Sasse J, Forsthoff A, Bauer M: Bei jeder Depression immer auch an bipolare Erkrankungen denken. Die verkannte Manie. MMW Fortschr Med 146 Sonderheft 2 (2004) 4-8

Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM, Bourgeois M, Fraud JP, Chatenet-Duchene L: Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). J Affect Disord 50.2-3 (1998) 163-73

Hantouche EG, Kochman F, Demonfaucon C, Barrot I, Millet B, Lancrenon S, Akiskal HS: Bipolar obsessive-compulsive disorder: confirmation of results of the "ABC-OCD" survey in 2 populations of patient members versus non-members of an association. Encephale 28.1 (2002) 21-28

Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD: Screening for bipolar disorder in the community. J Clin Psychiatry (2003b) 64.1 53-9

Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, Weissman M, Reed M, Davies M, Frye MA, Keck P, McElroy S, Lewis L, Tierce J, Wagner KD, Hazard E: Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry* 160.1 (2003a) 178-80

Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA: Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 64.2 (2003c) 161-74

Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J: Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 157.11 (2000) 1873-75

Hitzig E: Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. *Berliner Klinische Wochenschrift*. 3 (1898) 53-56

Hoche A: Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Carl Meinhold, Halle/Saale, 1897

Hunter EE, Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Othmer E, DeSouza C: Development and Validation of a Mania Scale for the Symptom Checklist 90. *J Nerv Ment Dis* 188.3 (2000) 176-179

Jamison KR: Touched with fire. Manic-depressive illness and the artistic temperament. Free Press, New York, London, Toronto (usw.), 1994

Joyce PR: Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia. *Psychol Med* 14.1 (1984) 145-49

Judd LL, Akiskal HS: The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 73.1-2 (2003) 123-31

Jung CG: Über manische Verstimmung. *Allg Z Psychiatr* LXI (1903) 15-39

Kahlbaum K: Über cyclisches Irresein. *Allg Z Psychiatr* 40 (1884) 405-406

Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, Walsh AE, Olds RJ: Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation¹. *Bipolar Disord* 7.2 (2005) 119-25

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51.1 (1994) 8-19

Kirn L: Die periodischen Psychosen. Eine Abhandlung. Enke, Stuttgart, 1878

Klerman GL: The spectrum of mania. *Compr Psychiatry* 22 (1981) 11-20

Kraepelin E: Die klinische Stellung der Melancholie. *Mschr Psychiatr Neurol* 6 (1899b) 325-335

Kraepelin E: Psychiatrie. 6. Aufl. Barth, Leipzig, 1899a

Kraepelin E: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. III. Bd. Klinische Psychiatrie. II. Teil 8. Aufl. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913

Langer B: Die Entwicklung des Bipolaritätsbegriffes. (Dissertation), Halle/Saale, 1994

Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD, Belanger A, Weissman MM: Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry* 39.8 (1982) 879-83

Leonhard K: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Akademie-Verlag, Berlin, 1957

Leonhard K: Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen. Volk und Gesundheit, Berlin, 1964

Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM: The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*, 31.4 (1994) 281-94

Mago R: Bipolar disorder questionnaire. *Am J Psychiatry* 158.10 (2001) 1743-44

Manning JS, Haykal RF, Akiskal HS: The role of bipolarity in depression in the family practice setting. *Psychiatr Clin North Am* 22.3 (1999) 689-703

Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Akiskal HS: On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry* 38.2 (1997) 102-08

Marneros A, Angst J: Bipolar disorder: roots and evolution. In: Marneros A, Angst J (Hrsg): Bipolar disorders: 100 years after manic-depressive insanity. Kluwer Academic Publishers, Dodrecht, Boston, London, 2000

Marneros A, Deister A, Rohde A: Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1991

Marneros A: Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004

Marneros A: Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *J Affect Disord* 67.1-3 (2001) 229-240

Mendel E: Die Manie. Eine Monographie. Urban & Schwarzenberg, Wien, 1881

Merikangas KR, Spence MA, Kupfer DJ: Linkage studies of bipolar disorder: methodologic and analytic issues. Report of MacArthur Foundation Workshop on Linkage and Clinical Features in Affective Disorders. *Arch.Gen.Psychiatry* 46.12 (1989) 1137-41

Parker G, Hadzi-Pavlovic D: Is the female preponderance in major depression secondary to a gender difference in specific anxiety disorders? *Psychol Med* 34.3 (2004) 461-70

Perris C: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 194 Suppl (1966) 9-14

Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L, Cecconi D, Mastrocinque C, Patronelli A, Vignoli S, Bemi E: The high prevalence of "soft" bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry* 39.2 (1998a) 63-71

Perugi G, Akiskal HS, Rossi L, Paiano A, Quilici C, Madaro D, Musetti L, Cassano GB: Chronic mania. Family history, prior course, clinical picture and social consequences. *Br J Psychiatry* 173 (1998b) 514-518

Peselow ED, Dunner DL, Fieve RR, Deutsch SI, Rubinstein ME: Age of onset of affective illness. *Psychiatr Clin (Basel)* 15.3 (1982) 124-32

Pichot P: The birth of the bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 10 (1995) 1-10

Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D, Rush AJ, Witte B, Hendrickse W, Barnett V: Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 157.10 (2000) 1599-605

Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ: One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 45.11 (1988) 977-86

Rouillon F: Epidemiology of bipolar disorders. *Current studies Encephale* 23 Spec No 1 (1997) 7-11

Roy MA, Lanctot G, Merette C, Cliché D, Fournier JP, Boutin P, Rodrigue C, Charron L, Turgeon M, Hamel M, Montgrain N, Nicole L, Pires A, Wallot H, Ponton AM, Garneau Y, Dion C, Lavallee JC, Potvin A, Szatmari P, Maziade M: Clinical and methodological factors related to reliability of the best-estimate diagnostic procedure. *Am J Psychiatry* 154.12 (1997) 1726-33

Runge C, Grunze H: Jährliche Krankheitskosten Bipolarer Störungen in Deutschland. *Nervenarzt* 75.9 (2004) 896-903

Shugar G, Schertzer S, Toner BB, Di Gasbarro I: Development, use, and factor analysis of a self-report inventory for mania. *Compr Psychiatry* 33.5 (1992) 325-31

Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG, MacKinnon DF, Edwin D, Folstein SE, DePaulo JR: Diagnostic reliability of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59.8 (2002) 736-40

Stark DKW: Allgemeine Pathologie oder allgemeine Naturlehre der Krankheiten. 2.Aufl. Breitkopf und Härtel, Leipzig, 1845

Steiner JL, Tebes JK, Sledge,WH, Walker ML: A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *J Nerv Ment Dis* 183.6 (1995) 365-69

Tohen M, Goodwin FK: Epidemiology of bipolar disorder. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP (Eds): *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. Wiley Liss, New York, Chichester, Brisbane (usw.), 1995

Vieta E, Reinares M, Bourgeois ML: Bipolar I and bipolar II: a dichotomy. In: Marneros A, Goodwin FK (Hrsg): *Mixed states, rapid cycling and atypical bipolar disorders*. University Press, Cambridge, 2004

Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU: Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 29.2-3 (1993) 77-84

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 276.4 (1996) 293-99

Weissman MM, Merikangas KR, John K, Wickramaratne P, Prusoff BA, Kidd KK: Family-genetic studies of psychiatric disorders. Developing technologies. *Arch.Gen.Psychiatry* 43.11 (1986) 1104-16

Wernicke C: Grundriss der Psychiatrie. Thieme, Leipzig, 1900

Wicki W, Angst J: The Zurich Study. X. Hypomania in a 28- to 30-year-old cohort. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 240.6 (1991) 339-48

World Health Organisation: ICD.10 classification of mental and behavioural disorders. WHO, Geneva, 1992

Zimmerman M, Posternak MA, Chelminsky I, Solomon DA: Using questionnaires to screen for psychiatric disorders: a comment on a study of screening for Bipolar Disorder in the Community. *J Clin Psychiatry* 65.5 (2004) 605-610

7 Anhang

7.1 Tabellen- und Diagrammverzeichnis

| | |
|--|----|
| Diagramm 1: Häufigkeitsverteilung bei der Einschätzung des derzeitigen Zustandes..... | 24 |
| Diagramm 2: Häufigkeitsverteilung bei der Einschätzung der Stimmung | 25 |
| Diagramm 3: Häufigkeiten der „Hochs“ | 25 |
| Diagramm 4: Häufigkeitsverteilung der einzelnen Fragebogenelemente | 26 |
| Diagramm 5: Häufigkeitsverteilung bei den Auswirkungen der „Hochs“ auf verschiedene Lebensbereiche | 27 |
| Diagramm 6: Reaktionen der Anderen auf „Hochs“ | 28 |
| Diagramm 7: Dauer der „Hochs“..... | 28 |
| Tabelle 1: Anwesenheit von „Hochs“ in den letzten 12 Monaten mit Mittelwert/Median der im „Hoch“ verbrachten Tage | 29 |
| Tabelle 2: Faktorladungsmatrix nach Ausschluss von Fragebogenelementen | 30 |
| Tabelle 3: Skalen- und Subskalenwerte der klinischen Stichproben; Vergleich der Diagnosegruppen mit Skalenwerten; p-Werte | 31 |
| Tabelle 4: Nicht-parametrische Korrelation zwischen dem HCL-32 Summenwert der Gesamtskala und der zwei Unterskalen mit dem derzeitigen Zustand..... | 32 |
| Diagramm 8: Profile der Fragebogenelemente beider Diagnosegruppen | 33 |
| Diagramm 9: Stimmungszustand der beiden Diagnosegruppen zum Befragungszeitpunkt im Vergleich..... | 34 |
| Diagramm 10: Häufigkeitsverteilung bei Einschätzung der Stimmung der beiden Diagnosegruppen im Vergleich | 35 |
| Diagramm 11: Aussage zu den Häufigkeiten der „Hochs“ bei unipolaren und bipolaren Patienten | 36 |
| Tabelle 5: Einschätzung der Auswirkungen von „Hochs“ bei den zwei untersuchten Gruppen. | 38 |
| Diagramm 12: Reaktionen Anderer auf Hochs..... | 38 |
| Tabelle 6: Korrelation der „negativen“/„negativen und positiven“ Auswirkungen mit den beiden Faktoren (Frage 5). | 39 |
| Tabelle 7: Korrelation der „negativen“/„negativen und positiven“ Auswirkungen mit den beiden Faktoren (Frage 5 u. 6). | 39 |
| Diagramm 13: Dauer der „Hochs“ | 40 |
| Tabelle 8: Ladungen der HCL-32 Fragebogenelemente auf den zwei Faktoren in den drei Untersuchungen | 50 |
| Abbildung 1: HSRS-Fragebogen | 71 |
| Abbildung 2: Zusatzfragebogen | 72 |
| Abbildung 3: Scree-Plot nach Cattell..... | 73 |
| Tabelle 9: Alters- und Geschlechtsunterschiede der unterschiedlichen Stichproben | 73 |
| Tabelle 10: Vergleich der Itemladungen auf den zwei Faktoren zwischen der kombinierten Stichprobe (Italien u. Schweden) und Deutschland | 74 |
| Tabelle 11: Zwischen den zwei Diagnosegruppen diskriminierende Fragebogenelemente | 75 |

Hypomania self-rating scale (HSRS)

Angaben zur Person: Alter Jahre Zentrum
 Männlich Weiblich Nummer

Energie, Unternehmungslust und Stimmung

Jedermann erlebt Veränderungen oder Schwankungen nach oben oder unten in Energie, Unternehmungslust und Stimmung. Man kann sie auch als "Hochs" und "Tiefs" bezeichnen. Das Ziel dieses Fragebogens ist es, Anzeichen solcher "Hochs" zu erfassen.

1) Zuerst bitten wir Sie Ihren derzeitigen Zustand einzuschätzen:

(Kreuzen Sie bitte nur EINE Aussagen an)

| | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Viel schlechter als gewöhnlich | Schlechter als gewöhnlich | etwas schlechter als gewöhnlich | Weder schlechter noch besser als gewöhnlich | Etwas besser als gewöhnlich | Besser als gewöhnlich | Viel besser als gewöhnlich |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) Wie sind Sie gewöhnlicherweise im Vergleich zu anderen?

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Aussage an, die am besten beschreibt, wie Sie gewöhnlicherweise sind. Tun Sie das bitte unabhängig von Ihrem derzeitigen Zustand und kreuzen Sie bitte nur EINE der vier Aussagen an.

Im Vergleich zu anderen ist meine Unternehmungslust, Energie und Stimmung ...

| | | | |
|--|--|---|---|
| ...immer relativ stabil und ausgeglichen | ...immer relativ hoch bzw. über dem Strich | ...immer relativ gering bzw. unter dem Strich | ...immer wieder geprägt von deutlichen Schwankungen nach oben und unten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3) Bitte versuchen Sie sich an eine Zeit zu erinnern, die Sie als "Hoch" bezeichnen würden.

Wie haben Sie sich dabei gefühlt? - Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen unabhängig von Ihrem derzeitigen Zustand.

In einem solchen Zustand trifft folgendes zu:

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich brauche weniger Schlaf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe mehr Energie oder Tatkraft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe mehr Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe mehr Spaß an meiner Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin geselliger (mehr Telefonate, ich gehe mehr aus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich bin reiselustiger und reise mehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich fahre eher schneller oder risikofreudiger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich gebe mehr oder zu viel Geld aus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich nehme mehr Risiken auf mich (geschäftlich oder im Alltag) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich bin körperlich aktiver (Sport usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich mache mehr Pläne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich habe mehr Ideen, bin kreativer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich bin weniger schüchtern oder gehemmt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich ziehe mich farbiger oder extravaganter an, einschließlich Make-up | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich will mehr Leute treffen oder tue es auch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ich bin mehr an Sex interessiert und/oder habe ein stärkeres Verlangen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich flirte mehr und/oder bin sexuell aktiver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ich bin gesprächiger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hypomania self-rating scale (HSRS)

In einem solchen Zustand trifft folgendes zu:

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. Ich denke schneller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich mache mehr Witze oder Wortspiele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ich lasse mich leicht ablenken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ich beginne ständig mit neuen Dingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Meine Gedanken springen von einem Thema zum anderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Alles fällt mir leichter und/oder geht schneller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Ich bin ungeduldiger oder reagiere leichter gereizt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Ich kann andere überfordern oder "nerven" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Ich gerate leicht in Auseinandersetzungen mit anderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Meine Stimmung ist deutlich besser und optimistischer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ich trinke mehr Kaffee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Ich rauche mehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ich trinke mehr Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Ich nehme mehr Drogen (Beruhigungsmittel, Stimulantien...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4) Beschreiben die eben genannten Aussagen über ein "Hoch"... (Kreuzen Sie bitte nur EINE Aussage an)

- ... manchmal (zeitweise) fühlen und verhalten? → Wenn Sie hier angekreuzt haben, beantworten Sie bitte die Fragen 5 bis 9
- ... meistens fühlen und verhalten? → Wenn Sie hier angekreuzt haben, beantworten Sie bitte nur die Fragen 5 und 6
- Ich habe nie solche „Hochs“ erlebt → Wenn Sie hier angekreuzt haben, brauchen Sie die weiteren Fragen nicht mehr zu beantworten. Danke!

5) Auswirkungen irgendwelcher "Hochs" in Ihrem Leben auf verschiedene Lebensbereiche:

| | Positiv und negativ | Positiv | Negativ | keine Auswirkungen |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freunde und Bekannte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freizeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6) Reaktionen der anderen auf Ihre "Hochs".

Wie waren die Reaktionen oder Bemerkungen von anderen, die ihnen nahe stehen oder Sie sehr gut kennen in Bezug auf diese "Hochs"? (Kreuzen Sie bitte nur EINE Aussage an)

| Positiv (z.B. unterstützend, ermutigend) | Neutral | Negativ (z.B. besorgt, genervt, verärgert, kritisierend) | Positiv und Negativ | Keine Reaktion |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7) Dauer solcher "Hochs" in der Regel: (Kreuzen Sie bitte nur EINE Aussage an)

- 1 Tag
- 2-3 Tage
- 4-7 Tage
- Länger als 1 Woche
- Länger als 1 Monat
- Ich kann es nicht beurteilen bzw. weiss es nicht

8) Hatten Sie während der letzten 12 Monate solche "Hochs"? Ja Nein

9) Wenn ja, bitte schätzen Sie wie viele Tage Sie während der letzten 12 Monate in "Hochs" verbracht haben:

Insgesamt waren es Tage.

Abbildung 1: HSRS-Fragebogen

Angaben zum Patient:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum

PNUM (falls vorhanden):

Aktueller Untersucher:

Aktuelles Datum:

Aktenauswertung nach:

Stationäre Akte MLU Ambulante Akte MLU Akte Dr. Böhringer

Nach allen verfügbaren Informationen ist bei dem Patienten gemäß Kriterien der ICD-10 die Diagnose einer bipolar affektiven oder schizoaffektiven Störung zu stellen?

Ja Nein Unklar

Wenn der Pat. bipolar erkrankt ist: Gibt es Hinweise auf eine Bipolar I oder Bipolar II Verlaufsform

Bipolar I Bipolar II Unklar

Wenn der Pat. nicht bipolar erkrankt ist: Liegt eine unipolar depressive Erkrankung vor?

Ja Nein Unklar

Wenn der Pat. weder bipolar noch unipolar affektiv erkrankt ist: Was ist die Hauptdiagnose? (nur eine ankreuzen!)

F0 F1 F2 F4 F5 F6 F7

Bei allen Patienten: Welche komorbiden Störungen bestehen? (Mehrfachantwort möglich)

F0 F1 F2 F4 F5 F6 F7

Abbildung 2: Zusatzfragebogen

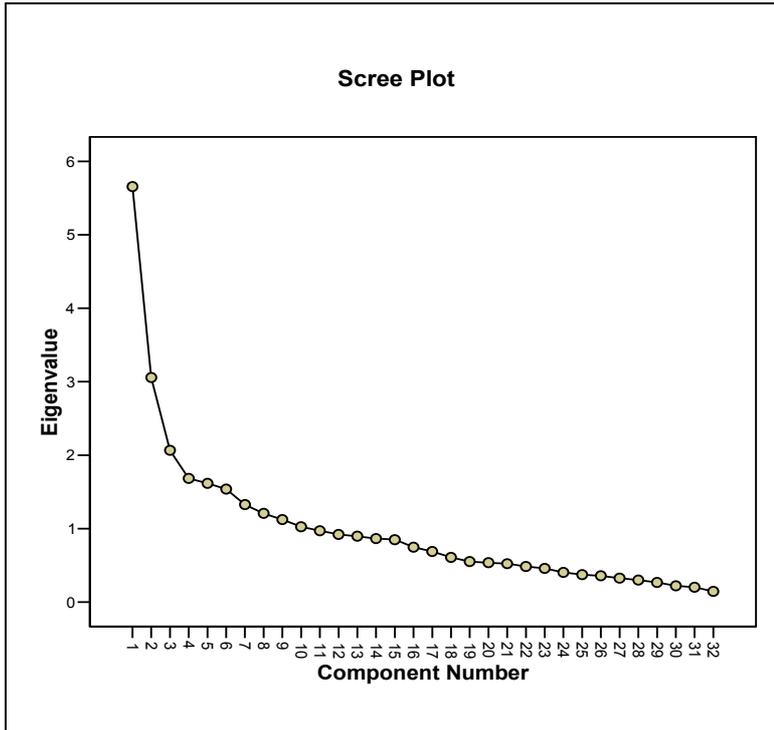


Abbildung 3: Scree-Plot nach Cattell

| | Gesamtstichprobe | UP | BP |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| N | 132 | 87 | 30 |
| Alter (mean + SD) | 50,21 (14,73) | 53,38 (14,31) | 45,17 (13,82) |
| N männlich | 46 | 24 | 14 |
| % männlich | 34,8 | 27,6 | 46,7 |
| N weiblich | 86 | 63 | 16 |
| % weiblich | 65,2 | 72,4 | 53,3 |

Tabelle 9: Alters- und Geschlechtsunterschiede der unterschiedlichen Stichproben

7 ANHANG

| Fragebogenelement (Item) (Nr.) | Kombinierte Stichprobe (Italien u. Schweden) | | Deutschland | |
|--|--|----------|-------------|----------|
| | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 1 | Faktor 2 |
| Ich habe mehr Energie oder Tatkraft (2) | X | | X | |
| Ich habe mehr Selbstvertrauen (3) | X | | | |
| Ich habe mehr Spaß an meiner Arbeit (4) | X | | | |
| Ich bin geselliger (5) | X | | X | |
| Ich bin reiselustiger und reise mehr (6) | X | | X | |
| Ich fahre eher schneller oder risikofreudiger (7) | | X | | |
| Ich gebe mehr oder zu viel Geld aus (8) | | X | | X |
| Ich nehme mehr Risiken auf mich (9) | | X | | |
| Ich bin körperlich aktiver (Sport usw.) (10) | X | | X | |
| Ich mache mehr Pläne (11) | X | | X | |
| Ich habe mehr Ideen, bin kreativer (12) | X | | X | |
| Ich bin weniger schüchtern oder gehemmt (13) | X | | X | |
| Ich will mehr Leute treffen oder tue es auch (15) | X | | X | |
| Ich bin mehr an Sex interessiert und/oder habe ein stärkeres Verlangen (16) | X | | X | |
| Ich flirte mehr und/oder bin sexuell aktiver (17) | | | X | |
| Ich bin gesprächiger (18) | X | | X | |
| Ich denke schneller (19) | X | | X | |
| Ich mache mehr Witze oder Wortspiele (20) | X | | X | |
| Ich lasse mich leicht ablenken (21) | | X | | X |
| Ich beginne ständig mit neuen Dingen (22) | X | | | X |
| Meine Gedanken springen von einem Thema zum anderen (23) | | X | | X |
| Alles fällt mir leichter und/oder geht schneller (24) | X | | X | |
| Ich bin ungeduldiger oder reagiere leichter gereizt (25) | | X | | X |
| Ich kann andere überfordern oder „nerven“ (26) | | X | | X |
| Ich gerate leicht in Auseinandersetzungen mit anderen (27) | | X | | X |
| Meine Stimmung ist deutlich besser und optimistischer (28) | X | | X | |
| Ich trinke mehr Alkohol (31) | | X | | |
| Fragebogenelemente, welche in den zwei Stichproben auf einem identischen Faktor laden | 14 | 6 | 14 | 6 |
| Insgesamt | 17 | 9 | 15 | 7 |

Tabelle 10: Vergleich der Itemladungen auf den zwei Faktoren zwischen der kombinierten Stichprobe (Italien u. Schweden) und Deutschland

| Diskriminierende Fragebogenelemente | Italien | Schweden | Deutschland |
|--|-----------|-----------|-------------|
| Ich brauche weniger Schlaf | 1 | 1 | 1 |
| Ich habe mehr Energie oder Tatkraft | 2 | 2 | |
| Ich habe mehr Selbstvertrauen | 3 | 3 | |
| Ich habe mehr Spaß an meiner Arbeit | | 4 | |
| Ich bin geselliger | 5 | 5 | |
| Ich bin reiselustiger und reise mehr | | 6 | |
| Ich fahre eher schneller oder risikofreudiger | 7 | 7 | 7 |
| Ich gebe mehr oder zu viel Geld aus | 8 | 8 | 8 |
| Ich nehme mehr Risiken auf mich (geschäftlich oder im Alltag) | | 9 | |
| Ich mache mehr Pläne | | 11 | 11 |
| Ich habe mehr Ideen, bin kreativer | 12 | 12 | |
| Ich bin weniger schüchtern oder gehemmt | 13 | 13 | 13 |
| Ich ziehe mich farbiger oder extravaganter an, einschließlich Make-up | 14 | | |
| Ich will mehr Leute treffen oder tue es auch | | 15 | 15 |
| Ich bin mehr an Sex interessiert und/oder habe ein stärkeres Verlangen | | 16 | |
| Ich flirte mehr und/oder bin sexuell aktiver | | 17 | |
| Ich bin gesprächiger | | | 18 |
| Ich denke schneller | 19 | | 19 |
| Ich lasse mich leicht ablenken | 21 | 21 | |
| Ich beginne ständig mit neuen Dingen | 22 | 22 | 22 |
| Meine Gedanken springen von einem Thema zum anderen | 23 | 23 | |
| Alles fällt mir leichter und/oder geht schneller | 24 | 24 | |
| Ich bin ungeduldiger oder reagiere leichter gereizt | 25 | 25 | |
| Ich kann andere überfordern oder „nerven“ | 26 | 26 | 26 |
| Ich gerate leicht in Auseinandersetzungen mit anderen | 27 | 27 | 27 |
| Meine Stimmung ist deutlich besser und optimistischer | | 28 | |
| Ich trinke mehr Kaffee | 29 | 29 | 29 |
| Ich rauche mehr | | 30 | |
| Ich trinke mehr Alkohol | | 31 | |
| Insgesamt | 17 | 26 | 11 |

Tabelle 11: Zwischen den zwei Diagnosegruppen diskriminierende Fragebogenelemente

8 Thesen

- 1.) Schon sehr früh erkannten Psychiater die Inhomogenität bipolarer Erkrankungen, für die zahlreiche Begriffssysteme und Einzelbezeichnungen verwendet wurden. Dies lässt sich besonders im geschichtlichen Rückblick anhand der großen Vielfalt an Klassifikationssystemen ablesen. Das Phänomen der Bipolarität stellt sich so komplex dar, dass es in der Psychiatrie zu unterschiedlichen Konstrukten führte.
- 2.) Die ersten Beschreibungen manisch-depressiver Erkrankungen gehen bis in das griechische Altertum zurück, in den folgenden Jahrhunderten geriet das Krankheitskonzept der bipolaren Störung jedoch in Vergessenheit.
- 3.) In Deutschland wendeten sich in der Mitte des 19. Jahrhunderts Karl Wilhelm Stark und Wilhelm Griesinger erneut diesem Krankheitsbild zu. Auch in Frankreich erhielt die bipolare Störung wieder Aufmerksamkeit durch Jean-Pierre Falret. Um 1900 führte Kraepelin ein Konzept ein, in dem sämtliche Formen der affektiven Störungen zusammenfassend als „*manisch-depressives Irresein*“ bezeichnet wurden.
- 4.) Die Begriffe der „*unipolaren*“ und „*bipolaren*“ Erkrankung prägte erstmalig Karl Kleist, der das Konzept des „*manisch-depressiven Irreseins*“ verwarf.
- 5.) Moderne Entwicklungen bestätigen die Eigenständigkeit der bipolaren und unipolaren Erkrankung, verfolgen aber inzwischen die Idee eines bipolaren Spektrums – die Erkrankung wird als ein Kontinuum angesehen.
- 6.) Da das wissenschaftliche und klinische Interesse an bipolaren Erkrankungen im letzten Jahrzehnt erheblich zugenommen hat, wird vermehrt an der Entwicklung von Diagnosekriterien und an Stimmungsfragebögen geforscht. Der Kliniker hat vielfach Schwierigkeiten, die bipolare Störung beziehungsweise eine hypomane Episode korrekt zu diagnostizieren.
- 7.) Studien beweisen, dass Hypomanien häufig übersehen und demzufolge unterdiagnostiziert werden. Jedoch lässt sich die Prognose des Patienten ver-

mutlich durch eine frühe und korrekte Diagnose verbessern. Dies ist der Grund für einen großen Bedarf an einem zuverlässigen, validen Screeninginstrument.

- 8.) Die Hypomania self-rating scale (HSRS) hat im Vergleich zu anderen Messinstrumenten den Vorteil, dass sie hypomane Episoden samt ihrer Konsequenzen auch retrospektiv und somit längsschnittlich zu ermitteln versucht.
- 9.) Vorliegende Arbeit widmet sich der statistischen Auswertung dieser noch nicht ausreichend validierten Selbstbeurteilungsskala, um ihre Brauchbarkeit hinsichtlich der Erforschung hypomaner Episoden und deren Symptomatik prüfen zu können. Langfristiges Ziel in der Arbeit mit diesem Fragebogen ist dessen Verbesserung, Kürzung und Validierung.
- 10.) Dabei lag der Schwerpunkt in der statistisch zuverlässigen Unterscheidung zwischen zwei Diagnosegruppen (unipolar - bipolar) anhand des Fragebogens. Darüber hinaus wurden bereits vorhandene Ergebnisse aus zwei Voruntersuchungen aus Schweden und Italien mit denen der vorliegenden Studie verglichen.
- 11.) Von 132 interviewten Patienten, welche sich zum Befragungszeitpunkt alle in ambulanter Behandlung befanden, konnten nach Anwendung der Einschlusskriterien 117 in zwei Vergleichsgruppen unipolar - bipolar eingeteilt werden. Unipolar depressive Patienten unterscheiden sich in einigen Fragen des HSRS-Fragebogens signifikant von Patienten, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind.
- 12.) Bestätigt wurde, dass zwischen den zwei Diagnosegruppen hinsichtlich des Stimmungszustandes zum Befragungszeitpunkt kein signifikanter Unterschied bestand.
- 13.) Beide Gruppen zeigten bezogen auf den gewöhnlichen Stimmungszustand keine Unterschiede im Antwortverhalten. Tendenziell häufiger gaben unipolare Patienten an, „stimmungsmäßig unter dem Stich zu liegen“.
- 14.) Die Beantwortung der HCL-32-Skala ist diagnoseabhängig. Wie schon in den zwei Voruntersuchungen auch die Faktorenanalyse eine Zweifaktoren

den zwei Voruntersuchungen ergab die Faktorenanalyse eine Zweifaktorenvariante. Unipolare Patienten erreichten signifikant höhere mittlere Summenwerte auf der „vorteilhaft“-Skala, bipolare Probanden erreichten höhere Werte auf der „schädlich“-Skala.

- 15.) Bezüglich der Aussage zu den Häufigkeiten der „Hochs“ gaben unipolar depressive Patienten mehr als doppelt so häufig an, dass sie noch nie Stimmungshochs erlebt hätten.
- 16.) Hinsichtlich der Dauer der Stimmungshochs unterschieden sich die beiden Vergleichsgruppen in der Beantwortung signifikant. Unipolare Patienten geben im Vergleich zu den Bipolaren ca. dreimal häufiger an, dass ihre Hochstimmungen weniger als vier Tage andauern. Bipolare Patienten gaben am häufigsten an, dass ihre „Hochs“ länger als einen Monat dauern.
- 17.) In der vorliegenden HCL-32-Skala existieren zwölf Fragebogenelemente, welche eine hohe Trennschärfe zwischen beiden Diagnosegruppen aufweisen. Diese Fragebogenelemente sind hinsichtlich einer geplanten Kürzung und Verbesserung der HCL-Skala als besonders brauchbar einzuschätzen.
- 18.) Die Angabe von Auswirkungen der „Hochs“ in verschiedenen Lebensbereichen unterschied sich bei den zwei untersuchten Diagnosegruppen relevant. Unipolar depressive Patienten gaben während eines „Hochs“ im Gegensatz zu den bipolaren Patienten signifikant seltener Auswirkungen negativer Natur an.
- 19.) Die Stimmung zum Befragungszeitpunkt hatte keinen Einfluss auf die Beantwortung der HCL-32-Skala.

Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Katzmann geb. Böhringer
Vorname: Judith Stefanie Jedida
Geburtsdatum/Ort: 25.12.1981 Bielefeld
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: verheiratet

Schulbildung:

1988-92 Grundschole
1992-98 Marienschule der Ursulinen
Priv. Gymnasium f. Jungen u. Mädchen
1998-99 Auslandsaufenthalt an der Westminster Christian
Academy in St. Louis, USA
2001 Abitur am öffentl.-stiftischen Gymnasium d.v.
Bodelschwingschen Anstalten

Weitere Tätigkeiten: Krankenpflegepraktikum an der Washington University
School of Medicine, St. Louis

Famulaturen: Chirurgie: Ndolage/Tansania,
Psychiatrie: Universitätsklinik Halle/Saale,
Radiologie und Neurologie: Bielefeld

Hochschulbildung:

2001 Beginn des Studiums der Medizin an der Martin-
Luther-Universität Halle-Wittenberg
2003 Ärztliche Vorprüfung
2006-07 Praktisches Jahr

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorgelegte Dissertation selbst verfasst und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe. Diese Arbeit wurde an keiner anderen Universität oder Hochschule zum Promotionsverfahren eingereicht.

Judith Katzmann

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Hiermit erkläre ich, dass nur dieser Antrag auf Eröffnung eines Promotionsverfahrens von mir eingereicht wurde und auch keine früheren Promotionsversuche an dieser oder einer anderen Universität erfolgt sind.

Judith Katzmann

Danksagung

Mein Dank gilt Priv.- Doz. Dr. med. Peter Brieger für die Überlassung des Themas und für die fachlichen und didaktischen Hinweise bei der Erstellung dieser Arbeit.

Weiterhin danke ich Dipl.-Psych. Matthias Radant und Dr. Stefan Watzke für die Unterstützung und Anregung bei der statistischen Bearbeitung.

Als letztes gilt mein Dank Dipl.-Päd. Kerstin Jergus für die Durchsicht des Manuskripts sowie meinem Mann Philipp Katzmann und meiner Familie für jegliche Form von Unterstützung.