

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.