

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.