

### 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-



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
<b>3 Fragebogenelemente stimmen überein</b>							
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	
<b>2 Fragebogenelemente stimmen überein</b>							
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	
<b>Kein Fragebogenelement stimmt überein</b>							
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
<b>Fragebogenelement, welches auf zwei verschiedenen Faktoren lädt</b>							
22	Ich beginne ständig mit neuen Dingen		0,64	0,40			
<b>Anzahl insgesamt</b>		<b>15</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>9</b>

**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.