

## 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.