

Klinisches Spektrum – Typen I bis VI

Da, wie bereits erwähnt, die Klassifizierungssysteme nach ICD-10 und DSM-IV der Diagnostik von Stimmungsschwankungen in der Praxis nicht immer gerecht werden, wurde die Beschreibung von Typen entwickelt. Diese Typisierung entstand durch eine Verbindung zwischen dem Verlauf der Erkrankung, einer familiären Vorbelastung und vorbestehenden Charaktereigenschaften mit den jeweiligen Stimmungssymptomen.

- **Bipolar I: Depression und Manie:** Klassisches Bild der bipolaren Erkrankung mit klar definierten mittelschweren und schweren depressiven Episoden und voll ausgeprägten manischen oder gemischten Episoden. Etwa 20% dieser Patienten erleben auch eine Manie mit psychotischen Symptomen; in diesem Fall ist die Stimmungslage der Manie oft nicht rein euphorisch, sondern dysphorisch (gereizt) oder gemischt.
- **Bipolar II: Depression und Hypomanie:** Ist definiert durch das Auftreten einer oder mehrerer Episoden einer Depression mit mindestens einer hypomanischen Episode. Die Depression erscheint vorrangig in Form von Energielosigkeit (atypische Depression), die hypomani-

schen Phasen folgen dieser oft unmittelbar und können über lange Zeit andauern. Die Bipolarität der Erkrankung wird hier oft übersehen, weil die Beeinträchtigung nur aus den depressiven Symptomen resultiert und die hypomanischen Phasen nicht als solche erkannt oder erinnert werden. Eine Fremdanamnese ist für die korrekte Diagnose oft entscheidend, weil unvorhergesehene Stimmungsschwankungen von Angehörigen eher bemerkt werden.

- **Bipolar II-1/2: Depression und Zyklithymie:** Bei diesem Typus liegen deutliche Depressionen und leichte Hypomanie mit Irritierbarkeit vor, das „freie Intervall“ ist jedoch nicht völlig frei von Symptomen. Ebenso werden für diesen Typus Paniksymptome und soziale Ängste sowie oftmals Anzeichen von Suizidalität beschrieben.
- **Bipolar III: Durch Antidepressiva demaskierte bipolare Störung:** Patienten, bei denen es unter einer Therapie mit Antidepressiva, Lichttherapie, EKT oder Schlafentzugstherapie zu Kipp-Phänomenen in die Hypomanie oder Manie kommt. Oft wird ein gehäuftes Auftreten bipolarer Erkrankungen in der Familie beobachtet.

- **Bipolar III-1/2: Durch Drogen demaskierte bipolare Störung:** Bei dieser Untergruppe wechseln sich Erregtheit und leichte Depression ab. Besonderes Merkmal ist ein gehäuftes Alkoholkonsum oder Drogenmissbrauch, weshalb häufig insbesondere am Beginn die entsprechende Diagnose (Suchtproblem bzw. bipolare Störung) schwierig zu stellen ist.

- **Bipolar IV: Depression und Hyperthymie:** Depressive Episoden wechseln mit hyperthymem Temperament. Die Hyperthymie erscheint hier nicht episodenhaft, sondern wird als Wesenszug verstanden. Krankheitsbeginn ist oft erst nach dem 50. Lebensjahr. Kennzeichnend ist das Bild des lebenslustigen, ganze Gesellschaften unterhaltenden Menschen mittleren und höheren Alters, der akut in eine Depression stürzt. Aufgrund der Kluft zwischen „Normalbefinden“ und Depression besteht eine erhöhte Neigung zu suizidalen Handlungen.

- **Bipolar V:** Das Erscheinungsbild des Betroffenen ist im bisherigen Krankheitsverlauf unipolar depressiv, in der Familie finden sich jedoch bipolar Erkrankte. Trotz medikamentöser Therapie mit Antidepressiva kommt es zum häufigen Wiederkehren depressiver Episoden.

- **Bipolar VI:** Zusätzlich zur bipolaren Störung entwickeln diese Patienten frühzeitig eine Demenz. Antidepressiva sind hier wenig effektiv bzw. verschlechtern sogar das Zustandsbild

Rapid Cycling: 13–20% aller Patienten zeigen im Verlauf ihrer Erkrankung ein Rapid-Cycling-(RC-) Muster. Dabei vollzieht sich der Stimmungswechsel oft innerhalb von Stunden oder Tagen. Diagnosekriterien sind vier oder mehr Episoden einer affektiven Störung innerhalb eines Jahres, wobei der Schweregrad der Symptome dem Vollbild einer depressiven Episode bzw. einer Manie/Hypomanie entspricht. Die Abgrenzung der Episoden erfolgt entweder durch freie Intervalle oder durch Kippen in die entgegengesetzte Polarität.