

17 Bipolar-II-Störung

Thomas Stamm, Michael Bauer

17.1 Steckbrief

Die Bipolar-II-Störung ist charakterisiert durch eine Abfolge affektiver Episoden mit mindestens einer depressiven sowie mindestens einer hypomanen Phase. Hypomanie bedeutet dabei im Unterschied zur Manie eine weniger stark ausgeprägte Symptomatik, die zudem eine geringere bzw. auch gar keine Funktionsbeeinträchtigung hervorruft. In Abgrenzung zur Bipolar-I-Störung beschreibt die Bipolar-II-Störung somit einen Krankheitsverlauf mit weniger akzentuierter manischer Symptomatik bei grundsätzlich gleich schwer ausgeprägter Depressivität. Die Erkrankung beginnt in der Regel zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr und erstreckt sich über die gesamte Lebensspanne. Medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen können dabei den Verlauf deutlich positiv beeinflussen.

17.2 Aktuelles

- In der ICD-11 ist die Bipolar-II-Störung im Gegensatz zu der Vorgängerversion der ICD-10 erstmals als eigenständige Kategorie angeführt. Als wichtige Neuerung in ICD-11 und DSM-5 ist neben euphorischer, gereizter oder expansiver Stimmung als ein zweites obligates Hauptkriterium erhöhte Energie gefordert. Zudem darf eine hypomane Episode auch dann diagnostiziert werden, wenn sie durch eine vorangegangene, medikamentöse (Antidepressiva) oder nichtmedikamentöse (Lichttherapie, Schlafentzug, EKT) Therapie ausgelöst wurde.
- Unterschiede zwischen ICD-11 und DSM-5 bestehen in der Operationalisierung des Zeitkriteriums der Hypomanie. Während die Dauer der Hypomanie in der ICD-11 bewusst auf das klinische Urteil fokussiert („mindestens einige Tage anhaltend“), operationalisiert das DSM-5 hier strenger über das auch schon in der Vorgängerversion angewandte Zeitkriterium von mindestens 4 Tagen mit hypomaner Symptomatik.

17.3 Synonyme

- manisch-depressive Erkrankung

17.4 Keywords

- Hypomanie
- Depression
- Bipolar-II-Erkrankung

17.5 Definition

- Die Bipolar-II-Störung ist definiert als eine Abfolge affektiver Episoden, von denen mindestens eine depressive und mindestens eine Phase hypoman sein soll. Eine depressive Phase ist dabei definiert als eine mindestens 14 Tage anhaltende Episode mit gedrückter Stimmung, Interessenverlust und vermindertem Antrieb als Hauptsymptome sowie weiterer zusätzlicher Symptome. Als eine Hypomanie wird eine einige Tage (ICD-11) bzw. mindestens 4 Tage (DSM-5) anhaltende Phase von euphorischer oder gereizter Stimmung sowie gesteigerten Antriebs und weiterer Symptome definiert. Im Gegensatz zur Manie bei der Bipolar-I-Erkrankung sind diese Symptome jedoch weniger stark ausgeprägt und führen nicht zu einer massiven sozialen Einschränkung.
- Die geschilderten Symptome dürfen nicht Folge einer körperlichen Erkrankung oder direkt auf eine Substanz zurückzuführen sein und müssen eine Funktionsbeeinträchtigung als Krankheitswert beinhalten, die hypomane Episode ausgenommen.

17.6 Epidemiologie

- Die Epidemiologie der Bipolar-II-Störung als eigene Entität ist bislang noch nicht ausreichend erforscht. Zudem ist je nach angewandtem diagnostischen Instrument eine erhebliche Schwankungsbreite zu erwarten. So verändert sich etwa durch unterschiedliche Zeitkriterien für hypomane Symptomatik (1 Woche vs. 4 Tage vs. einige Tage) bei Patienten, die ansonsten unter rezidivierenden depressiven Episoden leiden, erheblich der Anteil der Patienten, die als unipolar depressiv oder als bipolar-II-erkrankt eingestuft werden.

17.6.1 Häufigkeit

- Bei strenger Anwendung der bisherigen Diagnosekriterien tritt die Bipolar-II-Störung (BPII) in etwa gleich häufig wie die Bipolar-I-Störung (BPI) auf. Weltweit wird die Lebenszeitprävalenz mit 0,4% vs. 0,6% (BPII vs. BPI) angegeben.
- Werden Patienten mit kürzer andauernder hypomaner Symptomatik (1–3 Tage) mitberücksichtigt, steigt die Prävalenz von Bipolar-II-Patienten, die bis dahin als unipolar depressive Patienten diagnostiziert wurden, deutlich an. Es kann dann von mindestens einer Verdopplung der Prävalenz der Bipolar-II-Störung ausgegangen werden [3].

17.6.2 Altersgipfel

- Angaben zum Ersterkrankungsalter schwanken je nach Methodik der Studie (retrospektiv vs. prospektiv erhobene Daten), Operationalisierung (erste psychische Auffälligkeiten, erste Episode, Erstbehandlung) sowie Ort der Untersuchung (z. B. USA vs. Europa). Grundsätzlich muss von einem Erkrankungsbeginn häufig vor dem 25. Lebensjahr ausgegangen werden.
- Unterschiede beim Ersterkrankungsalter zwischen Bipolar-I- und -II-Störung konnten im Gegensatz zu Ergebnissen einzelner Studien in einer großen Metaanalyse bislang nicht bestätigt werden [5].

17.6.3 Geschlechtsverteilung

- Während das Verhältnis der Geschlechter bei der bipolaren Störung insgesamt ausgeglichen ist, scheint die Bipolar-II-Störung bei Frauen etwas häufiger als bei Männern aufzutreten [9].

17.6.4 Prädisponierende Faktoren

- Prädisponierende Faktoren sind vor allem eine positive Familienanamnese für affektive, im Spezielleren für bipolare Erkrankungen.
- Frühe belastende Lebensereignisse sowie Schwellensituationen in der Spätadoleszenz gelten ebenfalls als Risikofaktor. Als Schwellensituationen werden dabei bedeutsame Übergänge in der Biografie wie Schulabschluss, Auszug aus dem Elternhaus, Heirat, Geburt des ersten Kindes etc. bezeichnet.
- Außerdem gelten das Auftreten von einzelnen, hypomanen Symptomen unter Substanzeinfluss, nach Schlafentzug oder unter psychischer Belastung als wichtige Prädisposition [6].

17.7 Ätiologie und Pathogenese

- Ein bedeutender Beitrag in der Entstehung bipolarer Erkrankungen scheint in der biologisch vererbaren Prädisposition zu manischem Erleben zu liegen. Der Anteil der Genetik zum Auftreten einer bipolaren Störung wird dabei mit 60–80 % als sehr hoch eingeschätzt.
- Zusätzliche psychosoziale, substanzgebundene und physikalische Faktoren wie frühkindliche ungünstige Erfahrungen, Substanzmissbrauch, Einsatz von Manie induzierenden Antidepressiva während einer depressiven Episode und vermehrte Sonnenlichtexposition können ebenfalls zumindest als Trigger für ein früheres Auftreten einer bipolaren Störung angesehen werden.
- Störungen in der monoaminergen (Dopamin, Serotonin, Noradrenalin) Signaltransduktion wurden lange diskutiert, konnten bislang aber nicht überzeugend für die Entstehung der Erkrankung nachgewiesen werden.
- Ein Verlust an neuronaler und synaptischer Plastizität, z. B. durch neuroinflammatorische Prozesse, scheint für

die Pathogenese der Bipolar-II-Störung bedeutsam zu sein. Hinweise darauf geben auch Studien, die eine wirksame Behandlung von Lithium mit der Aktivierung von neuroprotektiver Genexpression (z. B. GSK3 β) und einer Zunahme von grauer Hirnsubstanz assoziieren [18].

17.8 Symptomatik

- Die Symptomatik depressiver Episoden bei der Bipolar-II-Störung unterscheidet sich im Wesentlichen nicht von derjenigen bei der Bipolar-I-Störung.
- Im euthymen Intervall zeigen Bipolar-II-Patienten jedoch eine deutlich größere depressive Stimmungsinstabilität als Bipolar-I-Patienten, d. h. es kommt bei Ihnen häufiger zu raschen und kurzfristigen depressiven Stimmungseinbrüchen [13].
- Im Vergleich zu unipolar depressiven Patienten zeigen Bipolar-II-Patienten häufig eine deutlich raschere Entwicklung der Depression (einige Stunden bis wenige Tage) im Vergleich zu Patienten mit einer rezidivierend depressiven Erkrankung (viele Tage bis einige Wochen) [8].
- Hypomane Symptome können häufig übersehen und als besonders funktionale und leistungsfähige Zustände betrachtet werden, vor allem von Menschen, die nicht näher mit den Betroffenen vertraut sind.

17.9 Diagnostik

17.9.1 Diagnostisches Vorgehen

- Basis ist die Anamnese inklusive Fremdanamnese und der psychopathologische Befund, welche Hinweise geben auf aktuelle oder frühere hypomane Veränderungen wie Reizbarkeit, gesteigerter Antrieb, Unruhe oder ein reduziertes Schlafbedürfnis.
- Ergänzt werden kann das anamnestische Interview durch strukturierte klinische Interviews (z. B. SCID) zur Evaluation der Diagnosekriterien oder durch Selbstfragebögen zur Detektion hypomaner Symptomatik (z. B. Hypomania Checklist- 32; HCL-32) [2].
- Auf Suizidalität ist aufgrund des hohen Suizidrisikos bipolarer Patienten im diagnostischen Prozess immer zu achten.
- Psychopathologische Veränderungen und anamnestische Angaben sollten durch medizinische Untersuchungen (Labor, Drogenurin, Bildgebung etc.) auf die möglichen medizinischen Ursachen hin (z. B. Drogen, Medikation oder somatische Erkrankung) überprüft werden.

17.9.2 Anamnese

- Grundsätzlich besteht bei der Bipolar-II-Störung die Problematik, dass die Betroffenen meist nur in der depressiven Phase Leidensdruck verspüren, der zur thera-

peutischen Vorstellung führt. Eine eigenanamnestische Verknüpfung mit einer früher aufgetretenen hypomanen Phase ist dann häufig schwer herzustellen und oft auch in Unkenntnis des Krankheitsbildes für die Betroffenen gar nicht plausibel.

- Im Gegensatz zur Bipolar-I-Erkrankung, bei der manische Episoden immer mit einem deutlichen Einschnitt des psychosozialen Funktionsniveaus einhergehen, sind hypomane Phasen bei Bipolar-II-Patienten selbst für Angehörige nicht immer als krankheitswertig zu erkennen. Dies stellt eine große Herausforderung für die Diagnose einer Bipolar-II-Störung dar.
- Es ist daher empfehlenswert, bei jeder rezidivierend auftretenden depressiven Erkrankung auch nach hypomanen Phasen in der Vorgeschichte zu fragen, insbesondere bei für bipolare Störungen typischen Konstellationen (positive Familienanamnese für bipolare Störungen, jüngere Patienten < 30 Jahre, rascher Beginn und rasches Ende depressiver Episoden).

17.9.3 Körperliche Untersuchung

- Aufgrund der möglichen organischen Genese, aber auch wegen möglicher akuter somatischer Komplikationen (u. a. intrazerebrale Blutungen nach Amphetaminabusus) sollte die körperliche Untersuchung einen Ganzkörperstatus und eine neurologische Untersuchung beinhalten. Zu achten ist u. a. auf Zeichen einer Intoxikation, auf neurologische Ausfälle, die Größe der Pupillen, Hautveränderungen, Hyperkinesien bei Morbus Parkinson, Infektzeichen etc.

17.9.4 Labor

- Bei Auftreten eines klinischen Verdachts sollte zum Ausschluss oder zur Verifizierung einer organisch bedingten Manie/Hypomanie die Bestimmung eines Routinelabors mit Infektionsmarkern sowie neuroendokrinen Parametern erhoben werden.

- Bei entsprechendem Verdacht sollte ggfs. auch ein Drogenscreening durchgeführt werden. Die meisten Substanzen wie Amphetamine sind allerdings nur sehr kurzfristig nachweisbar, sodass negative Befunde einen Zusammenhang nicht ausschließen.
- Die Bestimmung von Medikamentenspiegeln (z. B. Antidepressiva) kann im Einzelfall sinnvoll sein.

17.9.5 Bildgebende und instrumentelle Diagnostik

- Zum Ausschluss oder zur Verifizierung einer organisch bedingten Manie/Hypomanie sollte eine bildgebende Diagnostik (MRT oder CCT) und ggfs. ein EEG sowie aufgrund kardialer Komplikationen (Antidepressiva, Drogen Schilddrüsenüberfunktion) ein EKG durchgeführt werden.

17.9.6 Psychologische Diagnostik

- Eine neuropsychologische Diagnostik kann im Einzelfall gerade bei hirnorganischen Veränderungen sinnvoll sein, sollte aber nicht in der akuten Krankheitsphase erfolgen.

17.10 Differenzialdiagnosen

- Differenzialdiagnostisch ist eine Bipolar-II-Störung unter anderem von der Bipolar-I-Störung, der rezidivierend (unipolaren) depressiven Störung, der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung abzugrenzen, wobei die Letzteren durchaus auch als komorbide psychische Störung auftreten können. In ► Tab. 17.1 sind einige Differenzialdiagnosen hinsichtlich wichtiger Unterscheidungsmerkmale zur Bipolar-II-Störung aufgeführt.

Tab. 17.1 Differenzialdiagnosen der Bipolar-II-Störung.

Differenzialdiagnose	Bemerkungen
Bipolar-I-Störung	Während eine stattgehabte manische Episode bei der Bipolar-I-Störung ein definierendes Merkmal (ICD-11, DSM-5) darstellt, ist sie hingegen ein Ausschlusskriterium für die Diagnose einer Bipolar-II-Störung (ICD-10, ICD-11, DSM-5). Für die Bipolar-II-Störung wiederum sind eine oder mehrere hypomane Episoden (neben mindestens einer depressiven Episode) ein definierendes Kriterium (ICD-10, ICD-11, DSM-5).
Major Depression, rezidivierend (unipolare rezidivierende Depression)	Personen mit rezidivierender Major Depression erleiden ausschließlich depressive Episoden, aber keine hypomanen Episoden. Hypomane Episoden in der Vorgeschichte des Patienten werden oft „vergessen“ oder ignoriert. Wichtig ist deshalb, aktiv nach charakteristischen Symptomen einer (hypo-)manischen oder gemischten Episode zu fragen, und zwar am besten sowohl den Betroffenen – und zwar auch außerhalb einer depressiven Episode – als auch ihm nahe stehende Personen, die den Betroffenen schon über einen längeren Zeitraum kennen (letzteres Vorgehen setzt das Einverständnis des Betroffenen voraus).

Tab. 17.1 Fortsetzung

Differenzialdiagnose	Bemerkungen
Bipolar-II-Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors	Verschiedene „somatische“ Erkrankungen können affektive Syndrome verursachen. Beispiele hierfür sind Hirntumoren, Stoffwechselerkrankungen (z. B. Hyperthyreose), Epilepsie, fronto-temporale lobäre Degeneration und Encephalomyelitis disseminata. Bei V. a. auf das Vorliegen einer derartigen somatischen Erkrankung ist eine entsprechende Diagnostik einzuleiten.
substanz-/medikamenteninduzierte bipolare Störung	Verschiedene Substanzen (z. B. Kokain) sowie Medikamente (z. B. Steroide, Antidepressiva) haben das Potenzial, hypomanische Symptome, die die Kriterien für eine hypomanische Episode erfüllen können, auszulösen bzw. zu verursachen. Entscheidend für die Differenzialdiagnose ist hierbei zum einen die Anamnese einer Substanz-/Medikamenteneinnahme bzw. der laborchemische Nachweis der fraglichen Substanz. Zum anderen ist festzustellen, wie lange die Symptomatik nach der letztmaligen Einnahme der Substanz bzw. des Medikamentes anhält. Geht die Dauer der Symptomatik über die zu erwartende physiologische Wirkung der Substanz hinaus, ist die Diagnose einer (nicht substanzinduzierten) Bipolar-II-Störung zu vergeben – sofern die Kriterien für eine hypomanische Episode erfüllt sind. Erschwerend für die Differenzialdiagnose ist die Tatsache, dass Substanzkonsum überzufällig häufig sekundär im Rahmen einer manischen oder gemischten Episode auftritt.
Antidepressiva-assoziierte Nebenwirkungen	Reizbarkeit/Gereiztheit und Agitiertheit können als Nebenwirkungen von Antidepressiva, insbesondere solcher mit deutlicher noradrenerger Wirkkomponente (z. B. Nortriptylin, Venlafaxin) auftreten. Ohne dass weitere spezifische Symptome vorliegen, sollten sie jedoch nicht als Hinweise für das Vorliegen einer hypomanischen Episode – und damit einer Bipolar-II-Störung – gewertet werden.

17.11 Therapie

17.11.1 Therapeutisches Vorgehen

- Zunächst sollten Betroffene und auf Wunsch auch ihre Angehörigen mit dem Krankheitsbild vertraut sein und hier von den Behandlern unterstützt werden.
- Der Aufklärung über die zentrale Bedeutung von Schlaf-Wach-Zyklen, sozialen Rhythmen sowie Abs-tinenz von nicht therapeutisch verordneten psychoakti-ven Substanzen (Alkohol, Tetrahydrocannabinol, illegale Drogen) kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu.
- In Abhängigkeit von den Erfordernissen der aktuellen Phase (depressiv, hypoman oder euthymes Intervall) sollten die jeweiligen Therapieziele mit den Betroffenen ausgehandelt werden.
- Modus (pharmakologisch und/oder psychotherapeu-tisch) und Setting der Behandlung (ambulant oder [teil-]stationär) sollten sich an den Erfordernissen der Erkrankungsphase und den Wünschen der Betroffenen ausrichten.
- Suizidalität (hohes Risiko!) sollte dabei immer als mög-liche Komplikation, v. a. in akut depressiven Phasen, in der Behandlung mitbedacht werden.

17.11.2 Pharmakotherapie

- Grundsätzlich unterscheidet man die Akutbehandlung depressiver oder hypomaner Episoden von der Rezidivprophylaxe. Bei der medikamentösen Akuttherapie sollte dabei immer auch der Effekt der eingesetzten Medikation auf den Langzeitverlauf der Erkrankung

mitbedacht werden. So können in einer depressiven Phase eingenommene Antidepressiva zwar kurzfristig hilfreich, langfristig aber durch Induktion einer hypo-manen Phase und einer sogenannten Phasenbeschleu-nigung (Zunahme von affektiven Rezidiven in einem Zeitintervall) unter Umständen sogar kontraproduktiv sein. Ob dies für alle Antidepressiva und für alle Bipolar-II-Patienten gleichermaßen gilt, ist jedoch umstritten [14].

- In der Langzeitbehandlung Bipolar-II-Betroffener sollte eine medikamentöse Phasenprophylaxe eingesetzt werden, wenn es zu wiederholten Rezidiven kommt. Die gängigen Leitlinien unterscheiden dabei hinsichtlich der Empfehlung nicht ausreichend differenziert zwischen Bipolar-I- und -II-Erkrankung. In der S3-Leitlinie für Bipolare Störungen wird für die Prophylaxe von Bipolar-II-Patienten daher auch Lithium uneingeschränkt als Mittel der 1. Wahl, Lamotrigin als Mittel der 1. Wahl zur Verhinderung von depressiven Episoden und alle weiteren für die Prophylaxe zugelassenen Medikamente als Mittel der 2. Wahl empfohlen.
- Kombinationsbehandlungen (z. B. Lithium + Lamotrigin, Lithium + Quetiapin etc.) werden bei Therapieresistenz empfohlen. Vor der Entscheidung für eine solche Therapieeskalation sollte aber ein ausreichender Zeitraum – mindestens jedoch 6 Monate – abgewartet werden, um die Wirkung einer prophylaktischen Medikation evaluieren zu können.

17.11.3 Psychotherapie

- Eine adjuvante Psychotherapie (zusätzlich zu medikamentöser Phasenprophylaxe) senkt die Wahrscheinlichkeit für affektive Rezidive im Mittel um etwa 40% und ist somit eine hocheffektive und evidenzbasierte Behandlung Bipolar-II-Erkrankter [16].
- Aus evidenzbasierter Perspektive gelten die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle und soziale Rhythmustherapie, die familienfokussierte Psychotherapie sowie Psychoedukation als effektive Verfahren. Gemeinsam ist all diesen Verfahren die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung, das Kennenlernen von Frühwarnsymptomen und der Umgang damit sowie der mehr oder weniger explizite Einbezug von Angehörigen [4], [7], [11], [12].
- Erste Therapiestudien mit Bipolar-II-Patienten zeigen auch in der alleinigen Anwendung bei akuten depressiven Episoden ähnlich gute Effekte wie die medikamentöse Behandlung [17].

17.12 Nachsorge

- Nach Abklingen akuter depressiver oder hypomaner Episoden ist aufgrund der hohen Rezidivgefahr eine Prophylaxe mit den Betroffenen zu planen. Psychosoziale Folgeschäden (z. B. bedrohte Erwerbsfähigkeit nach langer Arbeitsunfähigkeit) sind eventuell soziotherapeutisch zu bearbeiten.

17.13 Verlauf und Prognose

- Die Bipolar-II-Störung kann keinesfalls als mildere Verlaufsform der bipolaren Störungen angesehen werden.
- Vielmehr ist im Durchschnitt die Anzahl der vor allem depressiven Rezidive deutlich höher als bei Bipolar-I-Patienten, ebenso wie die Dauer der in der depressiven Phase verbrachten Zeit (Judd et al. 2003).
- Zudem sind ungünstige Verlaufsformen bei der Bipolar-II-Störung durch eine höhere Rate an psychiatrischer Komorbidität, vor allem Angsterkrankungen, geprägt [9].
- Allerdings ist die Anzahl von Krankenhausaufenthalten und psychosozialen Schäden durch (hypo-)manische Episoden geringer als bei Bipolar-I-Patienten.
- Im Langzeitverlauf gibt es Hinweise auf etwas weniger stark ausgeprägte neurokognitive Einschränkungen bei Bipolar-II-Erkrankten im Vergleich zu den Bipolar-I-Patienten [1].

17.14 Prävention

- Aktuell ist noch keine wirksame präventive Maßnahme zur Verhinderung des Auftretens einer Bipolar-II-Störung ausreichend evaluiert.

- Studien mit Hochrisikogruppen (Angehörige von bipolar Erkrankten mit beginnender psychischer Symptomatik) konnten zumindest eine Reduktion der Belastung z. B. durch ein strukturiertes, verhaltenstherapeutisch fundiertes Manual zeigen [10].
- Bei manifester Diagnose einer Bipolar-II-Störung scheint ein frühzeitiger Beginn von Pharmakotherapie und zusätzlicher Psychotherapie die Dauer bis zu einem erneuten Rückfall deutlich verlängern zu können.
- Zur Verhinderung von Folgeschäden/Funktionseinbußen wurden vor allem psychotherapeutische Manuale zur Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus bei chronifiziertem Krankheitsverlauf erfolgreich angewandt [15].

17.15 Besonderheiten bei Schwangeren

- Auf die Besonderheiten der bipolaren Störung in der Peri- und Postpartalzeit wird in einem separaten Kapitel (s. Kap. 99) ausführlicher eingegangen.

17.16 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

- Kinder und Jugendliche mit einer bipolaren Störung samt ihren Angehörigen sollten als Risikogruppe besonders beachtet werden. Psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen könnten hier eine Reduktion des Erkrankungsrisikos bewirken.
- Herausfordernd ist die rechtzeitige und zugleich adäquate Diagnose einer beginnenden bipolaren Störung im Jugendalter, da hier lebensphasenbedingte Verhaltens- und Stimmungsauffälligkeiten (Pubertät) mit einer Erstmanifestation verwechselt werden können (Funktionsverlust, Schlafstörungen, Suizidgedanken, subsyndromale, manische Zustände).
- Bei Erstmanifestation ist auf einen rationalen Einsatz von Psychopharmaka zu achten.

17.17 Besonderheiten bei alten Patienten

- Als Folge eines oftmals Jahrzehnte andauernden Krankheitsverlaufs mit hoher Rezidivneigung bei unzureichendem Ansprechen auf Therapie sind ältere Patienten häufiger von kognitiven und psychosozialen Funktionseinschränkungen betroffen als junge bipolare Patienten.
- Auf das ansteigende Risiko von Suizidversuchen, vor allem bei männlichen Patienten, ist hier gesondert zu achten.
- Hinsichtlich der Pharmakotherapie sind gerade ältere Patienten aufgrund des hohen Risikos für Multimorbidität mit daraus auch folgenden multiplen pharmakolo-

gischen Interventionen (bei bestehenden pharmakokinetischen Besonderheiten im Alter) besonders vulnerabel für unerwünschte Nebenwirkungen.

17.18 Quellenangaben

- [1] Abé C, Rolstad S, Petrovic P et al. Bipolar disorder type I and II show distinct relationships between cortical thickness and executive function. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138: 325–335
- [2] Angst J, Adolfsson R, Benazzi F et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 2005; 88: 217–233
- [3] Angst J, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. *Int J Bipolar Disord* 2020; 8: 3
- [4] Colom F, Vieta E. Psychoeducation model for bipolar disorder. Cambridge: Cambridge University Press; 2006
- [5] Dell'Osso B, Grancini B, Vismara M et al. Age at onset in patients with bipolar I and II disorder: a comparison of large sample studies. *J Affect Disord* 2016; 201: 57–63
- [6] Faedda GL, Baldessarini RJ, Marangoni C et al. An International Society of Bipolar Disorders task force report: Precursors and prodromes of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2019; 21: 720–740
- [7] Frank, E. Treating bipolar disorder: A clinician's guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy. New York: Guilford Press; 2005
- [8] Hegerl U, Bottner AC, Mergl R et al. Speed of onset of depressive episodes: a clinical criterion helpful for separating uni- from bipolar affective disorders. *Neuropsychiatr* 2008; 22: 92–99
- [9] Karanti A, Kardell M, Joas E et al. Characteristics of bipolar I and II disorder: A study of 8766 individuals. *Bipolar Disord* 2019; 14. doi: 10.1111/bdi.12867
- [10] Leopold K, Bauer M, Bechdolf A et al. Efficacy of cognitive-behavioral group therapy in patients at risk for serious mental illness presenting with subthreshold bipolar symptoms: Results from a prespecified interim analysis of a multicenter, randomized, controlled study. *Bipolar Disord* 2020; 22: 517–529
- [11] Meyer TD, Hautzinger M. Cognitive behavioral therapy as supplement to pharmacotherapy of manic depressive disorders. What is the empirical basis? *Psychol Med* 2012; 42: 1429–1439
- [12] Miklowitz DJ, Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Fam Process* 2016; 55: 483–499
- [13] O'Donnell LA, Ellis AJ, Van de Loo MM et al. Mood instability as a predictor of clinical and functional outcomes in adolescents with bipolar I and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 2018; 236: 199–206

- [14] Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1249–1262
- [15] Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Vieta E. Treatment of Functional Impairment in Patients with Bipolar Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19: 3
- [16] Scott J, Colom F, Vieta E. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 123–129
- [17] Swartz HA, Rucci P, Thase ME et al. Psychotherapy Alone and Combined With Medication as Treatments for Bipolar II Depression: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry* 2018; 79: 16m11027
- [18] Vieta E, Berk M, Schulze TG et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 8: 4

17.19 Literatur zur weiteren Vertiefung

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen. Im Internet: <http://www.leitlinie-bipolar.de/>; Stand 20.10.2020
- International Journal of Bipolar Disorders. Im Internet: <https://journalbipolar disorders.springeropen.com/>; Stand 20.10.2020
- Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003; 6: 127–137

17.20 Wichtige Internetadressen

- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS): <https://dgbs.de/>
- International Society for Bipolar Disorders (ISBD): <https://www.isbd.org/>

18 Zyklotyme Störungen

Hans-Jörg Assion, Helen Hecker

18.1 Steckbrief

Die zyklotyme Störung (Cyclothymic Disorder, ICD-11) oder Zyklotymia (ICD-10) ist als anhaltend affektive Störung durch eine mehr als 2 Jahre andauernde Instabilität der Stimmung gekennzeichnet. Es gibt – zeitlich überwiegend – zahlreiche Perioden mit hypomanen oder depressiven Symptomen. Die hypomane Symptomatik kann dabei die Kriterien für eine Hypomanie erfüllen. Es kommt aber zu keiner den Kriterien entsprechenden manischen, gemischten oder depressiven Episode. Die zyklotyme Störung verursacht persönliche, familiäre oder soziale Beeinträchtigungen. Die Störung beginnt häufig im jungen Erwachsenenalter und hat einen mehrjährigen, oft chronischen Verlauf. Symptomfreie Phasen sind selten. Eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie ist empfohlen, um eine affektive Stabilität zu erreichen. Die Störung kann in eine Bipolar-I- oder Bipolar-II-Störung übergehen.

18.2 Aktuelles

- Im Jahr 2019 wurde die 11. Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) von der WHO verabschiedet und ist als ICD-11 MMS (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics) online verfügbar (https://icd.who.int/brows_e11/lm/en). Die klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien sind weitgehend fertiggestellt, die Veröffentlichung steht aus. Die ICD-11 wird im Jahr 2022 in Kraft treten und die ICD-10 ablösen.
- Die deutsche „S3-Leitlinie Bipolare Störungen“ liegt in einer aktualisierten Fassung vor [3].

18.3 Synonyme

- zyklotyme Störung
- Zyklotymia

18.4 Keywords

- anhaltende affektive Störungen
- Hypomanie
- Stimmungsschwankungen
- anhaltende Instabilität der Stimmung

18.5 Definition

- Die **zyklotyme Störung (ICD-11: 6A62)** gehört zu den affektiven Störungen mit zeitlich überwiegender, anhaltender Instabilität der Stimmung über mindestens 2 Jahre. Es gibt zahlreiche Perioden mit hypomanen

oder depressiven Symptomen. Die hypomane Symptomatik (euphorische Stimmung, Reizbarkeit, Mitleidungsbedürfnis, expansives Verhalten, gesteigerte Aktivität u. a.) kann die Kriterien für eine Hypomanie erfüllen. Es kommt aber zu keiner manischen oder gemischten Episode. Zwar treten depressive Symptome (Niedergeschlagenheit, vermindertes Interesse an Aktivitäten, Müdigkeit u. a.) im Verlauf auf, ohne dass aber hinsichtlich Dauer und Schwere die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind.

- Die zyklotyme Störung verursacht signifikante persönliche, familiäre oder soziale Beeinträchtigungen, was sich auf die Ausbildung, den Beruf oder andere wichtige Bereiche auswirken kann.
- Für die **Zyklotymia** gilt nach **ICD-10 (F34.0)**: Es handelt sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung (F31.-) oder eine rezidivierende depressive Störung (F33.-) zu erfüllen. Diese Störung kommt häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer affektiver Störung vor. Einige Patienten mit Zyklotymia entwickeln schließlich selbst eine bipolare affektive Störung.
- Kennzeichnende Kriterien sind:
 - zahlreiche Perioden hypomaner, leicht gehobener Stimmung (Hypomanie) oder depressiver Stimmung über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren
 - Ausschluss einer bipolaren affektiven Störung (F31) oder einer rezidivierenden depressiven Störung (F33), da Stimmungsschwankungen nicht anhaltend oder ausreichend schwer genug sind.
 - Folgende depressive Symptome können auftreten, ohne die Kriterien einer depressiven Störung zu erfüllen:
 - verminderter Antrieb oder Aktivität
 - ausgeprägte Schlafstörungen
 - Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit
 - Konzentrationsschwierigkeiten
 - sozialer Rückzug
 - Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten
 - verminderte Gesprächigkeit
 - Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit
 - Folgende Symptome können während der hypomanen Phasen vorhanden sein:
 - vermehrter Antrieb oder Aktivität
 - herabgesetztes Schlafbedürfnis
 - überhöhtes Selbstgefühl

- geschärftes oder ungewöhnlich kreatives Denken
- mehr Geselligkeit als sonst
- gesprächiger oder witziger als gewohnt
- gesteigertes Interesse an anderen Personen, unkritisches Sich-Einlassen auf sexuelle Kontakte oder andere angenehme Aktivitäten
- überoptimistisches Verhalten oder Übertreibung aktueller oder früherer Erfolge
- In der Regel treten Stimmungswechsel spontan auf (stehen nicht zwingend mit bestimmten Lebensereignissen im Zusammenhang).
- Die Symptommfreiheit zwischen zwei Phasen ist nur kurz (max. 2 Monate).
- Die Symptomatik beginnt meist in frühem Alter (während der Adoleszenz), in seltenen Fällen tritt sie auch erst zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr auf.
- Im DSM-5 wird die Zyklothymia als ein Subtyp der bipolaren Störungen verstanden [1].

18.6 Epidemiologie

18.6.1 Häufigkeit

- Die Lebenszeitprävalenz der zyklotymen Störung (Zyklothymia) wird zwischen 0,5 und 2 % angegeben.

18.6.2 Altersgipfel

- Der Beginn der Erkrankung liegt meist im späten Jugendalter oder jungen Erwachsenenalter. In einigen Fällen ist auch ein späterer Beginn nach dem 30. Lebensjahr möglich.

18.6.3 Geschlechtsverteilung

- Es gibt Hinweise, dass Frauen etwas häufiger betroffen sind.

18.6.4 Prädisponierende Faktoren

- Zyklothymia tritt häufiger in jenen Familien auf, in denen ein Familienmitglied bereits an einer bipolaren Störung erkrankt ist.

18.7 Ätiologie und Pathogenese

- Zur Ätiologie und Pathogenese liegen keine Erkenntnisse vor. Kritische Lebensereignisse (Life Events) werden als auslösende Faktoren eher ausgeschlossen.

18.8 Symptomatik

- Das Zustandsbild ist von anhaltender Instabilität der Stimmung (Stimmungsschwankungen) gekennzeichnet, wie die Gegenüberstellung in ► Tab. 18.1 zeigt [2].

Tab. 18.1 Symptome der Zyklothymia.

Hypomanie	Depression
vermindertes Schlafbedürfnis	Schlafstörungen, vermehrtes Schlafbedürfnis
gesteigertes Selbstwertgefühl	Insuffizienzgefühle
Energieüberschuss, erhöhte Kreativität und Produktivität bis hin zur Rastlosigkeit	reduzierter Antrieb, Energielosigkeit
Beschleunigung psychischer Abläufe (Denken, Sprache, Motorik)	Verlangsamung psychischer Abläufe (Denken, Sprache, Motorik)
geschärftes, kreatives Denken	Konzentrationschwierigkeiten
Drang nach Geselligkeit	sozialer Rückzug, Interessenlosigkeit
witziges und unterhaltendes Auftreten	verminderte Gesprächigkeit
gesteigertes Interesse an sexueller Aktivität	reduziertes sexuelles Interesse
optimistischer Blick in die Zukunft	pessimistische Haltung gegenüber der Zukunft und/oder Grübeln über die Vergangenheit

- Eine erhöhte Reizbarkeit kann sowohl in depressiven als auch in hypomanen Phasen auftreten.
- Die Symptomatik der Perioden ist häufig geringer ausgeprägt als bei Episoden affektiver Störungen. Es besteht die Möglichkeit, dass Patienten lange Zeit geringen bis keinen Leidensdruck empfinden, gerade wenn durch die Symptomatik keine Konflikte im sozialen Umfeld bedingt werden.
- Die Perioden dauern meist Stunden bis wenige Tage an, in seltenen Fällen auch bis zu einer Woche.
- In der Diagnostik sind auffällige Verhaltensänderungen zu beachten [4].
- Mischzustände passen nicht zur zyklotymen Störung [5].

18.9 Diagnostik

18.9.1 Diagnostisches Vorgehen

- Für die Diagnosestellung sind folgende Schritte erforderlich:
 - klinische Beobachtung [6]
 - anamnestische Informationen, insbesondere zum Beginn und Verlauf der Symptomatik
 - Fremdanamnese (wenn möglich)
 - körperliche Untersuchung

- Durchführung eines standardisierten diagnostischen Interviews (optional)
- Anwendung psychometrischer Testverfahren (optional)

18.9.2 Anamnese

- Im optimalen Fall erfolgt eine längere Beobachtungsperiode, oder der Therapeut erhält ausführliche anamnestische Informationen zu den zwei zurückliegenden Jahren.
- Folgende Informationen sind diagnoseleitend:
 - Beginn und Verlauf der Symptomatik
 - Phasen von Symptombfreiheit
 - familiäre psychische Störungen
 - kritische Lebensereignisse oder Veränderungen (z. B. Trennung, Verlust eines Angehörigen, beruflicher Wechsel u. a.)
 - körperliche Vorerkrankungen
 - Drogen- und/oder Alkoholkonsum

Merke

Viele Patienten stellen sich in Praxis und Klinik mit depressiven Symptomen vor.



- Der Wechsel zwischen hypomanen und depressiven Symptomen bleibt oft unbemerkt.
- Hypomane Symptome oder Episoden werden oft als Teil der Persönlichkeit (ich-synton) erlebt und verursachen keinen Leidensdruck. Krankheitssymptome werden häufig nicht erwähnt.
- Die Patienten sehen keine Behandlungsnotwendigkeit.

Merke

Fragen Sie nach hypomanen Symptomen!



18.9.3 Körperliche Untersuchung

- Erhebung von Allgemein-, Ernährungs- und Pflegezustand sowie Vitalparametern
- psychopathologischer Befund, einschließlich Bewusstsein, Orientierung etc., u. a. Aussage zu Kooperation und Zugewandtheit
- allgemein-körperliche und neurologische Untersuchung, Erfassung somatischer Vorerkrankungen, u. a. Blutzucker, Hormonstatus, Schilddrüsenfunktion
- Ausschluss von (hirn)organischen Ursachen, alkohol- oder drogeninduzierten Syndromen

- Die allgemein-körperliche Untersuchung ist ggf. durch folgende Untersuchungen zu ergänzen:
 - Labortests (Blut, Urin, Liquor cerebrospinalis u. a.)
 - apparative Verfahren (CCT, MRT, EEG, EKG u. a.)

18.9.4 Psychometrische Diagnostik

- Die Durchführung eines strukturierten diagnostischen Interviews ist im Sinne der Differenzialdiagnostik sinnvoll und sichert eine umfassende Abklärung nach ICD- und DSM-Kriterien. Folgende Instrumente gelten als geeignet:
 - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen – Klinische Version (SCID-5-CV; ggf. SCID-5-PD [Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders] zum Ausschluss von Persönlichkeitsstörungen)
 - Diagnostic Interview for Mental Disorders (DIPS)
 - Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)
- Zur Beurteilung einer zyklotyphen Störung (Zyklotyphie) liegen derzeit keine spezifischen psychometrischen Tests vor. Zum Ausschluss anderer affektiver Störungen können allgemein bekannte Instrumente eingesetzt werden, welche depressive, hypomane oder manische Stimmungszustände erfassen (u. a. Hypomania Checklist, HCL).

18.10 Differenzialdiagnosen

- Zur Abgrenzung von manischen, hypomanen und depressiven Episoden ist in erster Linie die Berücksichtigung von Dauer und Schweregrad der Symptome erforderlich. Beim hier beschriebenen Störungsbild sind einzelne Perioden oftmals kürzer und schwächer ausgeprägt, dafür häufiger. Zudem dauern symptomfreie Phasen üblicherweise nicht länger als maximal 2 Monate an [2].

18.11 Therapie

18.11.1 Therapeutisches Vorgehen

- Allgemein wird eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Pharmakotherapie empfohlen.
- Die Pharmakotherapie ist nur unter bestimmten Bedingungen erforderlich, gilt aber in Kombination mit Psychotherapie als wirksam. Sie ist insbesondere dann indiziert, wenn erhöhter Leidensdruck besteht [7].

Tab. 18.2 Differenzialdiagnosen der Zyklothymia.

Differenzialdiagnose	Bemerkungen
rezidivierende depressive Störung	<ul style="list-style-type: none"> ausschließlich depressive Episoden ohne Symptome gehobener Stimmung
Dysthymia	<ul style="list-style-type: none"> keine gehobene Stimmung
Bipolar-I-Störung (▶ Abb. 18.1)	<ul style="list-style-type: none"> manische Episode von mindestens 1 Woche inadäquat gehobener Stimmung – kann in schweren Fällen zur Krankenhauseinweisung führen depressive Symptome sind schwerwiegender und länger andauernd (mindestens 2 Wochen) längere symptomfreie Phasen möglich
Bipolar-II-Störung (▶ Abb. 18.1)	<ul style="list-style-type: none"> hypomane und depressive Episoden von stärkerer Ausprägung und längerer Dauer (hypomane Episode: mindestens einige Tage; depressive Episode: mindestens 2 Wochen) längere symptomfreie Phasen möglich
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und emotional instabile Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> Symptomatik ist nicht auf Stimmungsschwankungen begrenzt

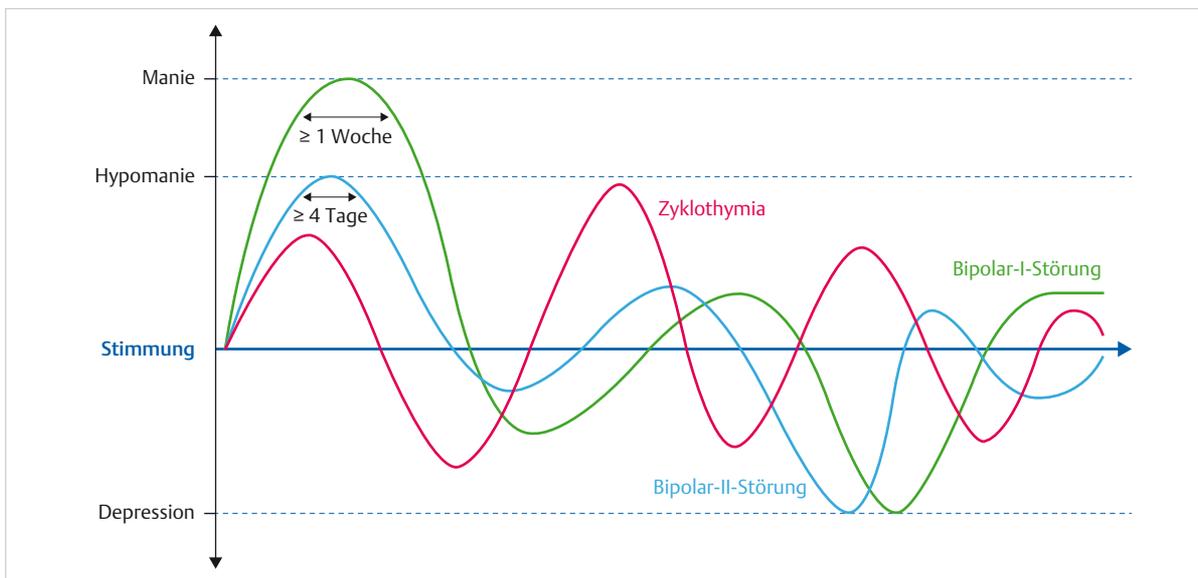


Abb. 18.1 Zyklothyme Störung. Zyklothymia im Vergleich zur Bipolar-I- und Bipolar-II-Störung.

18.11.2 Pharmakotherapie

- Es liegen nur wenige Untersuchungen zur pharmakologischen Behandlung der zyklotymen Störung (Zyklothymia) vor. Es wird vermutet, dass zyklotyme und bipolare Störungen ähnliche pharmakologische Responseprofile aufweisen. Daher wird eine prophylaktische Therapie mit Stimmungsstabilisierern in geringerer Dosis empfohlen:
 - Lithium:** 200–400 mg/Tag (Off-Label-Use)
 - ggf. in Kombination mit Lamotrigin (25–100 mg/Tag)
 - Valproinsäure:** 300–600 mg/Tag (Off-Label-Use)
 - Lamotrigin:** 100–300 mg/Tag (Off-Label-Use)

Cave



Patienten werden in der Praxis häufig mit Antidepressiva behandelt, da sie sich wegen depressiver Symptome in Behandlung begeben und hypomane Episoden unentdeckt bleiben. Da der Einsatz von Antidepressiva bei bipolaren Erkrankungen mit einem erhöhten Switch-Risiko (Umschlagen in eine Manie), Mischzuständen und rapideren Episodenwechseln assoziiert wird, ist eine antidepressive Monotherapie nur in Ausnahmefällen und unter strenger Beobachtung sinnvoll.