



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2009

Bipolare Störungen: Diagnostik

Hättenschwiler, J <javascript:contributorCitation('Hättenschwiler, J');>; Höck, P
<javascript:contributorCitation('Höck, P');>; Luther, R <javascript:contributorCitation('Luther, R'
)>; Modestin, J <javascript:contributorCitation('Modestin, J');>; Seifritz, E
<javascript:contributorCitation('Seifritz, E');>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-25856>
Journal Article

Originally published at:
Hättenschwiler, J; Höck, P; Luther, R; Modestin, J; Seifritz, E (2009). Bipolare Störungen: Diagnostik.
Swiss Medical Forum, 9(42):750-754.

Bipolare Störungen: Diagnostik¹

Josef Hättenschwiler^a, Paul Höck^a, René Luther^a, Jiri Modestin^a, Erich Seifritz^b

^a Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ), Zürich, ^b Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

Quintessenz

- Bipolare Störungen – früher manisch-depressive Erkrankungen genannt – sind rezidivierend und häufig lebenslang auftretende Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von rund 1% für Bipolar-I-Störungen und bis zu 6,5% für Bipolarspektrumserkrankungen.
- Kennzeichnend ist das Auftreten von Episoden hypomanischer/manischer und depressiver Symptome im Wechsel mit Zeitspannen affektiver Stabilität.
- Die Vielfalt der Syndromausgestaltung und Verläufe begründet das Konzept des bipolaren Spektrums.
- Bipolare Störungen betreffen die Stimmung, den Antrieb, das Denken und somatische Funktionen. Unbehandelt weisen sie ein hohes Suizidrisiko auf, und sie haben Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung und die sozialen Beziehungen.
- Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen einschliesslich Suchterkrankungen und somatischer Leiden ist beträchtlich.
- Bipolare Erkrankungen werden oft nicht diagnostiziert, da sie häufig mit einer Depression anfangen («pseudounipolare Depression») und Hypomanien als normale Phasen des Wohlbefindens verkannt werden.
- Die Diagnose einer bipolaren Erkrankung und die Behandlungsplanung sollen direkt oder indirekt fachärztlich erfolgen.

Einleitung

Schon in der griechischen Antike wurden «affektive Erkrankungen» erstaunlich präzise beschrieben. So berichtete Hippokrates über eine Krankheit, die durch das phasenweise Auftreten von Melancholie und Manie gekennzeichnet war [1]. Mehr als zweitausend Jahre später haben Jean-Pierre Falret (1794–1870), Jules Baillauger (1809–1891) sowie Emil Kraepelin (1856–1926) die bipolaren Affekterkrankungen als einheitliche Gemütskrankheit dargestellt [1].


Die bipolaren Störungen zählen zu den schweren psychischen Erkrankungen mit grossen persönlichen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen. Betroffene weisen gegenüber der Normalbevölkerung auch eine signifikant erhöhte Morbidität und Mortalität an nichtpsychischen – u.a. metabolischen und kardiovaskulären – Erkrankungen auf [1, 2]. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den aktuellen Stand von Konzept und Diagnostik bipolarer Störungen darzulegen.



Josef Hättenschwiler

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

Definition

Typisch für bipolare Störungen ist das Auftreten von Episoden manischer und depressiver Stimmung im Wechsel mit Phasen von (relativ) ausgeglichener Stimmung. Die Phasen treten in unterschiedlicher Reihenfolge und Häufigkeit auf. Für die Diagnose ist das Auftreten einer hypomanischen oder manischen Episode von minimal vier Tagen bzw. einer Woche zwingend. Eine bipolare Störung wird auch dann diagnostiziert, wenn bei einem Patienten nur manische Episoden auftreten (unipolare Manie). Die Entwicklung der letzten Jahre fordert eine Ausweitung des Konzepts der Bipolarität zum bipolaren Spektrum (Abb. 1 )

Prävalenz

Traditionell wurde die Prävalenz der bipolaren Störung im engeren Sinne mit 1% angegeben. Unter Einbezug von leichteren Schweregraden und Verläufen sind zwischen 3 und 6,5% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens betroffen [3]. Oft wird die Störung am Anfang nicht erkannt oder falsch diagnostiziert: Zum einen empfinden viele ihre Stimmungsschwankungen als nichts Ungewöhnliches oder gar Krankhaftes, zum anderen wird bei sieben von zehn Patienten die bipolare Erkrankung nicht korrekt diagnostiziert, weil sie – wenn überhaupt – nur während der depressiven Phase zum Arzt gehen und nur über depressive Symptome berichten. So liegt bei knapp einem Drittel der depressiven Störungen in Wirklichkeit eine bipolare Erkrankung vor [4]. Neben

dem Krankheitsbeginn im frühen Erwachsenenalter gibt es – vorwiegend bei Frauen – einen zweiten Häufigkeitsgipfel nach dem 40. Lebensjahr [3]. Im Gegen-

satz zu unipolaren Depressionen sind bipolare Störungen bei beiden Geschlechtern gleich häufig.


Ätiologie

Bipolare Störungen sind multifaktoriell bedingt und kommen durch ein kompliziertes Zusammenspiel von biologischen und psychosozialen Faktoren zustande. Die relativ uniforme Prävalenzrate in unterschiedlichen Kulturen, das familiär gehäufte Auftreten und das

1 Der 2. Teil, «Bipolare Störungen: Therapie», erscheint in Heft 43 am 21.10.2009.


im Vergleich zur unipolaren Depression frühere Erkrankungsalter (typischerweise zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr) legen eine starke genetische Komponente nahe. Leidet ein Elternteil an einer bipolaren Erkrankung, liegt das Erkrankungsrisiko bei etwa 20%. Sind Vater *und* Mutter manisch-depressiv, steigt es auf 50–60% an. Die Konkordanz bei eineiigen Zwillingen liegt bei 40–70%. Die genetische Disposition bzw. Vulnerabilität erhöht die Wahrscheinlichkeit, in Belastungssituationen eine Depression oder eine Manie zu entwickeln [1, 5]. Während bei der Erstmanifestation oft äussere Stressoren eine wichtige Rolle spielen, nimmt ihre Bedeutung mit zunehmender Episodenzahl ab [2, 5].

Klassifikation bipolarer Störungen nach ICD-10

Die ICD-10-Klassifikation [6] wird in Tabelle 1  präsentiert. Für die Diagnostik und Therapie ist die Unter-

scheidung verschiedener Typen und Verlaufsformen sinnvoll [2, 4].

Symptomatik

Die frühere Bezeichnung für bipolare Störungen – manisch-depressive Erkrankung – beschreibt die zwei gegensätzlichen «Pole» des Stimmungsspektrums: die Depression und die Manie. Heute setzt sich immer mehr das umfassendere Konzept der bipolaren Spektrumerkrankungen durch [2, 4]. Dieses umfasst eine Reihe von Störungen, die in Tabelle 2  dargestellt sind und die noch nicht alle den Status von offiziell anerkannten Kategorien besitzen.

Bipolar-I- und -II-Störungen gemeinsam sind rezidivierende Depressionen, die sich bei der Bipolar-I-Störung mit einer Manie und bei der Bipolar-II-Störung mit einer Hypomanie abwechseln, wobei die Hypomanie eine abgeschwächte, sozial nicht schädigende Form der Manie ist. In der Hypomanie sind die Betroffenen häufig sehr leistungsfähig und fühlen sich «gesund» und sehen keinen Grund, einen Arzt aufzusuchen. Die Unterscheidung weiterer Subtypen (Bipolar III und IV), wie sie u.a. von Akiskal und Pinto 1999 postuliert wurden, hat bisher in den Diagnosesystemen keinen Niederschlag gefunden [1]. Seltene Verläufe mit ausschliesslich manischen Phasen werden den bipolaren Störungen zugerechnet: Erstens treten früher oder später auch depressive Phasen auf, und zweitens bestehen zwischen manisch-depressiven und unipolar manischen (im Gegensatz zu unipolar depressiven) Störungen viele Gemeinsamkeiten (z.B. Erkrankungsalter, Krankheitsverlauf usw.).

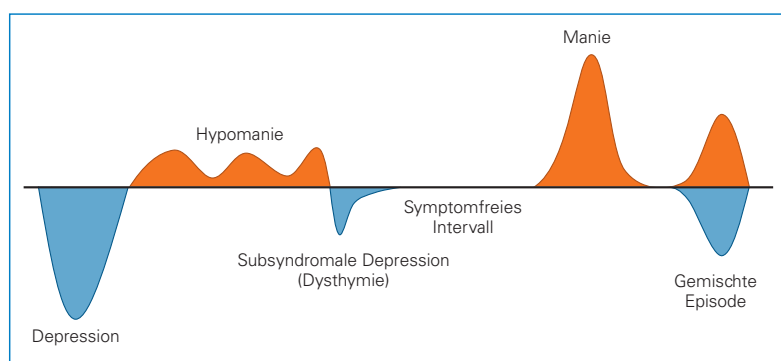


Abbildung 1
Das Spektrum bipolarer Erkrankungen.

Tabelle 1. Klassifikation bipolarer Störungen nach ICD-10.

Bipolare affektive Störung F31.0–31.7	Andere bipolare affektive Störung F31.8	Nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung F31.9	Zyklothymie F34.0
Gegenwärtig: – Hypomanische Episode – Manische Episode – Depressive Episode – Gemischte Episode – Remittiert	– Bipolar-II-Störung – Rezidivierende manische Episoden		Anhaltende Stimmungsinstabilität mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung; Kriterien für volle depressive und/oder manische Episode sind nicht erfüllt

Tabelle 2. Diagnostische Charakteristika der Störungen des bipolaren Spektrums [2, 6, 7].

Bipolar-I-Störung	Mindestens eine manische Episode; eine depressive Episode kann aufgetreten sein oder nicht.
Bipolar-II-Störung	Mindestens eine hypomanische Episode zusätzlich zur depressiven Episode.
Bipolar-III-Störung	Wie Bipolar-II-Störung, hypomanische Episode jedoch durch antidepressive Therapie hervorgerufen.
Bipolar-IV-Störung (vorläufig)	Depressive Episoden bei Zyklothymie oder Hyperthymie.
Rapid Cycling	Mindestens 4 Phasen pro Jahr.
Ultra Rapid Cycling	Phasenwechsel innerhalb von Tagen.
Ultra-ultra Rapid Cycling	Phasenwechsel innerhalb von Stunden.
Bipolare Mischzustände	Hypomanische, manische und depressive Symptome treten gleichzeitig oder in sehr schnellem Wechsel auf.
Zyklothyme Störung	Im Langzeitverlauf depressive und hypomanische Symptome. Kriterien für depressive oder (hypo-)manische Episode sind nicht erfüllt.
Hyperthymes Temperament	Extrovertierte, expansive Persönlichkeit.

Symptome der Depression und der Manie (ICD-10: F31.3–.5 bzw. F31.0–.2)

Bei mehr als der Hälfte der bipolar Erkrankten steht eine Depression am Anfang des Leidens [8]. Die Symptome beider Syndrome sind in Tabelle 3 dargestellt. ICD-10 nennt gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsverminderung als depressive, gehobene oder gereizte Stimmung als manische Hauptsymptome. Die bipolare Depression stellt aufgrund des starken Leidensdrucks, des hohen Suizidrisikos und der Tatsache, dass bipolare Patienten im Längsschnitt weitaus mehr Zeit in depressiven als in manischen Episoden (bei Bipolar I im Schnitt 31%, bei Bipolar II bis zu 51% der Lebenszeit) verbringen, an Arzt und Patient hohe Anforderungen [4].

Bei der sogenannten *atypischen Depression* kann es durch positive Ereignisse (gute Nachrichten, Besuch, Kontakte, Gespräch) zu vorübergehender Stimmungsaufhellung kommen. Bei dieser Form der Depression, die 30–40% der Fälle ausmacht [1], haben die Betroffenen ein übersteigertes Schlafbedürfnis, sind trotz ausreichendem Schlaf müde und rasch erschöpfbar. Sie haben einen vermehrten Appetit (besonders auf Süßes, Kohlenhydrathunger), nehmen an Gewicht zu und reagieren überempfindlich auf Zurückweisung [7].

Manische Symptome wie Selbstüberschätzung, übersteigerte Aktivität und Enthemmung können Patienten in den persönlichen und/oder finanziellen Ruin treiben und das Umfeld stark belasten. Die Stimmung ist typischerweise euphorisch, häufig aber auch dysphorisch (sogenannte «irritable mania»). Psychotische Symptome in Form von Wahnideen kommen in bis zu 20% der depressiven (Versündigungs-, Schuld-, Verarmungs- und hypochondrischer Wahn) und in etwa der Hälfte der manischen (Grössenwahn) Phasen vor [9]. Diese Wahnbildungen sind synthym mit der jeweiligen Krankheitsphase. Bei bis zu 60% der bipolaren Patienten

wird die Situation zusätzlich durch Alkohol- und Drogenkonsum verschlechtert [10].

In einer Hypomanie oder zu Beginn einer manischen Phase haben die Betroffenen häufig den Eindruck, endlich ihr Seelentief überwunden zu haben, und brechen jede Behandlung ab. Neue Krankheitssymptome treten in der Regel erst mit Verzögerung auf, so dass der ursächliche Zusammenhang zwischen Absetzen der Medikamente und dem Rückfall häufig nicht erkannt wird.

Bipolare Erkrankungen bei Jugendlichen

Die bipolare Erkrankung beginnt bei 40–60% der Patienten vor dem 20. Lebensjahr und bei 10–20% sogar vor dem 12. Lebensjahr. Im Durchschnitt machen sich die ersten Symptome mit etwa 15 Jahren bemerkbar. Die Diagnosestellung ist bei den Heranwachsenden oft erschwert, da Stimmungsschwankungen in der Pubertät als normal angesehen werden. Deshalb vergehen durchschnittlich zehn Jahre, bis die Erkrankung erkannt und eine angemessene Behandlung durchgeführt wird [1, 2].

Besondere Formen

Bipolare Mischzustände (gemischte Episode [F31.6])

In einer «gemischten Episode» treten gleichzeitig manische und depressive Symptome auf. Eine depressive Episode geht dann mit Überaktivität, Rededrang und Reizbarkeit einher, eine manische Episode mit Antriebsverlust, Schuldgefühlen und Suizidalität [6]. Bei gemischten Episoden können sich manische und depressive Symptome innerhalb von Minuten bis Stunden abwechseln. Der belastende und schwierig zu behandelnde Zustand zeigt sich bei knapp einem Drittel der bipolaren Patienten, impliziert eine schlechtere Prognose und ein höheres Suizidrisiko [11].

Tabelle 3. Gegenüberstellung des typischen depressiven und manischen Syndroms.

	Depressives Syndrom	Manisches Syndrom
Grundstimmung	Traurigkeit Evtl. vitale Traurigkeit Pessimismus	Euphorie Evtl. Dysphorie Optimismus
Denkinhalte	Verarmungsideen Minderwertigkeitsgefühle Versündigungsideen/Schuldgefühle Hypochondrische Ideen	Expansive Ideen Grössenideen
Antrieb/Psychomotorik	Hemmung/Verlangsamung Entscheidungsunfähigkeit	Steigerung/Beschleunigung Unternehmungslust
Seltener	Agitiertheit, Unruhe, Angst	Antriebsverminderung
Denken	Denkhemmung, Einengung	Ideenflucht, assoziative Lockerung
Somatische Symptome	Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust Verstopfung Libidoverlust Schmerzsyndrome Allgemeines Unwohlsein	Evtl. Appetitsteigerung Libidosteigerung Gesteigertes Wohlfühl
Störungen des zirkadianen Rhythmus	Tagesschwankungen Schlafstörungen	Reduziertes Schlafbedürfnis
Suizidalität	Ja	Nein

Rapid-Cycling-Verläufe

Etwa 5–20% aller bipolaren Patienten [10, 12] entwickeln innerhalb eines Jahres vier oder mehr Episoden einer Manie oder einer Depression; man spricht von «Rapid Cycling» [7]. Ein Rapid Cycling tritt gehäuft bei Frauen und erst im späteren Verlauf der Erkrankung auf, wobei die Episodenfrequenz ohnehin zunimmt. Rapid Cycling ist mit einer ungünstigeren Prognose verbunden [1]. Tritt der beschriebene Phasenwechsel innerhalb von Tagen auf, sprechen wir von «Ultra Rapid Cycling», bei Schwankungen innerhalb von Stunden von «Ultra-ultra Rapid Cycling».

Diagnose

Während die Diagnose einer bipolaren Störung bei Auftreten einer Manie einfach zu stellen ist, ist die Situation bei einer Depression komplexer. Etwa 25% der zunächst als unipolar diagnostizierten Depressiven entwickeln innerhalb von 9 Jahren auch eine hypomanische oder manische Phase [8]. Da die bipolare Depression grundsätzlich anders behandelt wird als die unipolare, ist die korrekte Diagnose entscheidend. Leider gibt es keine fundierten Kriterien zur Unterscheidung von unipolarer und bipolarer Depression – das depressive Syndrom ist bei beiden im Wesentlichen gleich. Nur einige «soft bipolar signs» können auf eine bipolare («pseudounipolare») Depression hinweisen: frühes Auftreten der ersten Depression (<25 Jahren), hyperthymes oder zylothymes Temperament, eine positive Familienanamnese für bipolare Störungen, Induktion einer Hypomanie durch Antidepressiva, depressive Episoden mit abruptem Beginn und Ende sowie atypische Depressionen mit Hypersomnie, Appetitsteigerung und ausgeprägter psychomotorischer Hemmung [4, 10]. Die Diagnosestellung erfolgt üblicherweise auf der Basis einer detaillierten Anamnese und unter Einschluss von Bezugspersonen (positive apparative und laborgestützte Diagnostik gibt es nicht). Weisen die klinischen Symptome in Richtung einer bipolaren Störung, sollen die standardisierten diagnostischen Kriterien der anerkannten Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV-TR) beigezogen werden [6, 7]. Insbesondere hypomanische Symptome werden oft nicht spontan berichtet und müssen daher sorgfältig erfragt werden (Tab. 4 ↩).

Während die Diagnose einer bipolaren Störung bei Auftreten einer Manie einfach zu stellen ist, ist die Situation bei einer Depression komplexer

Differentialdiagnose

Grosse epidemiologische Studien haben ergeben, dass es kaum einen bipolaren Patienten ohne komorbide Störung gibt [3]. Die häufigsten Begleiterkrankungen sind Angststörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit, Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Essstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Hypomanische Symptome werden bei Kindern und Jugendlichen oft als Symptome des ADHS fehlgedeutet, da hier eine grosse Symptomüberlappung vorliegt. Für die Manie sprechen der episodenhafte Verlauf sowie Grössenideen, Selbstüberschätzung und rücksichtsloses Verhalten [4, 10, 12]. Psychotische Symptome führen oft fälschlicherweise zur Diagnose einer Schizophrenie [9]. Die psychotischen Symptome, die im Rahmen der affektiven Störungen auftreten, sind synthym (= stimmungskongruent, der Stimmung entsprechend und aus dieser ableitbar), was bei der Schizophrenie meist nicht der Fall ist.

Um die Diagnose einer bipolaren Störung stellen zu können, müssen organische Ursachen wie beispielsweise Hirntumore, Epilepsie, Vitamin-B₁₂-Mangel, HIV-Infektion oder Multiple Sklerose ausgeschlossen werden. Typisch für organisch bedingte Formen ist die Progression der durch die körperliche Problematik bedingten Symptome. Alkohol und Drogen und deren Entzug sowie Medikamente können einen manischen oder depressiven Zustand herbeiführen oder imitieren. Ecstasy, Kokain, LSD oder Hormonpräparate (etwa Kortikosteroide) können bei einer Manie, Antihypertensiva und Analgetika bei der Depression eine Rolle spielen. Bei Verdacht ist ein entsprechendes Screening durchzuführen.

Medizinische Untersuchungen

Zur Abklärung einer bipolaren Erkrankung gehört eine sorgfältige somatische Anamnese, ein Körperstatus inklusive Neurostatus, ein Urinstatus sowie die Bestimmung der hämatologischen und blutchemischen Routineparameter (u.a. Blutbild, BSR, CRP, Glukose, Leber- und Nierenwerte, Ferritin, Kalzium, TSH, FT₄). Wichtig ist die Erfassung aller (auch nichtärztlich verordneten) eingenommenen Medikamente und Suchtmittel. Auch wenn Tumoren und andere Hirnveränderungen seltene Ursachen von bipolaren Störungen sind, sollte bei Erstmanifestation ein CT oder MRI erwogen werden [4].

Verlauf und Prognose der bipolaren Erkrankung

Die Erkrankung verläuft sehr unterschiedlich. Die Dauer der Episoden variiert zwischen Tagen, mehreren Monaten und einigen Jahren. Manische Episoden beginnen meist abrupt und dauern etwa drei bis vier Monate, depressive Phasen etwa sechs Monate [1, 6]. Manische und depressive Episoden können auch ineinander übergehen. Häufig beobachtet man vor der ersten manisch-depressiven Episode eine Zylothymie,

Tabelle 4. Erfassung hypomanischer/manischer Symptome (nach ICD-10).

Erinnern Sie sich an einen Zeitraum, in dem Sie ...
... euphorischer oder reizbarer waren als sonst?
... ungewohnt aktiver waren und mehr Tatendrang besaßen?
... redseliger waren als üblich?
... selbstbewusster waren als üblich?
... Ihnen deutlich mehr Gedanken durch den Kopf gingen?
... weniger schliefen und der Meinung waren, weniger Schlaf zu benötigen als sonst?
... kontaktfreudiger waren und/oder mehr Interesse an Sex hatten als sonst?
... viel mehr Geld ausgegeben haben als gewohnt?

das heisst eine mindestens zwei Jahre anhaltende Veränderung der Stimmung mit leichten depressiven und hypomanischen Schwankungen, welche aber nie die Stärke einer Depression oder Manie erreichen.

Rezidive in Form von depressiven, manischen oder gemischten Phasen, unterbrochen von Intervallen mit oder ohne Restsymptome, sind häufig [1]. Mit Fortschreiten der bipolaren Erkrankung nimmt die Episodenhäufigkeit zu, die Dauer der symptomfreien Intervalle ab. Ein Krankheitszyklus umfasst dabei

Mehr als ein Drittel der bipolaren Patienten unternimmt im Verlauf der Erkrankung mindestens einen Suizidversuch, wobei etwa 10–15% aller Erkrankten sterben

die Zeitspanne von Beginn einer Episode bis zum Wiederauftreten der nächsten Episode, also einschliesslich des symptomfreien Intervalls, welches aber nicht immer erreicht wird [2]. Mehr als ein Drittel

der bipolaren Patienten unternimmt im Verlauf der Erkrankung mindestens einen Suizidversuch, wobei etwa 10–15% aller Erkrankten sterben [11]. Besonders gefährdet sind Kranke in bipolarem Mischzustand. Bipolare Depressionen neigen zur Chronifizierung und Therapieresistenz. Im Verlauf von bipolaren Störungen treten häufig kognitive Probleme – wie Störungen der

Daueraufmerksamkeit, der Gedächtnisfunktionen und der exekutiven Funktionen (kognitive Flexibilität und Problemlöseverhalten) – auf, die den Alltag und die berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen [1, 10]. Die Prognose der bipolaren Erkrankung wird günstiger, je früher sie diagnostiziert und behandelt wird. Durch eine konsequente Therapie, die im folgenden Artikel eingehend dargelegt wird, lassen sich die Symptomatik und der Verlauf bipolarer Störungen mildern bzw. stabilisieren.

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Professor Max Stäubli, Innere Medizin FMH, Ebmatingen, und Dr. med. Stefan Rennhard, Allgemeine Medizin FMH, Niederhasli, für ihre konstruktiven Anregungen und Korrekturen.

Korrespondenz:

Dr. med. Josef Hättenschwiler
Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ)
Dufourstrasse 161
CH-8008 Zürich
jhaettenschwiler@zadz.ch
www.zadz.ch

Empfohlene Literatur

- Maneros A. Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag; 2004.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:543–52.

- Oswald P, Souery D, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery S, Wyckaert S, Zohar J, Mendlewicz J. Current issues in bipolar disorder: a critical review. Eur Neuropsychopharmacol. 2007;17(11):687–95.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

Bipolare Störungen, Teil 1: Diagnostik / Troubles bipolaires, 1^{re} partie: diagnostic

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Maneros A. Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag; 2004.
- 2 Kasper S, Kapfhammer HP, et al. Bipolare Störungen – State of the Art 2008. *Clinicum Neuropsych*, Sonderausgabe, Mai 2008.
- 3 Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543–52.
- 4 Goodwin GM, Anderson I, Arango C, Bowden CL, Henry C, Mitchell PB, Nolen WA, et al. ECNP consensus meeting. Bipolar depression. Nice, March 2007. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008;18(7):535–49.
- 5 Bauer M. Weissbuch Bipolare Störungen in Deutschland. Stand des Wissens – Defizite – Was ist zu tun? 2. überarbeitete Auflage, 2006, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. www.dgbs.de
- 6 Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Richtlinien. WHO 1991.
- 7 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV; 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag; 1996.
- 8 Angst J, Sellaro R, Stassen HH, Gamma A. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J Affect Disord*. 2005;149–57.
- 9 Meyer F, Meyer TD. The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: Some of its causes and their influence on therapy. *J Affect Disord*. 2009;112(1-3):174–83.
- 10 Oswald P, Souery D, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery S, Wyckaert S, Zohar J, Mendlewicz J. Current issues in bipolar disorder: a critical review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007;17(11):687–95.
- 11 Angst J, Stassen HH, Clayton PJ, et al. Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord*. 2002;68:167–81.
- 12 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bipolar Disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents in primary and secondary care. London, July 2006.