

Einführung

1 Bipolare Störungen im historischen Überblick¹

Andreas Marneros

Kapitelübersicht

- 1.1 Einführende Übersicht
- 1.2 Von der griechischen Antike bis zur Neuzeit
- 1.3 Das »manisch-depressive Irresein« vs. »unipolar – bipolar«
- 1.4 Die neue Epoche

1.1 Einführende Übersicht

Das Konzept der bipolaren und unipolaren bzw. depressiven Erkrankungen hat eine jahrhundertelange Geschichte und somit auch eine über Jahrhunderte währende Evolution. Die Geburtsstunde der psychiatrischen Konzepte – vor allem jene der affektiven Störungen – ist mit der Geburt der Medizin als Wissenschaft durch *Hippokrates* und die Hippokratiker gleichzusetzen. Die Konzepte der affektiven Störungen erfuhren durch *Aretäus von Kappadokien* und andere eine ganz besondere Entwicklung. Nach einer Fortsetzung durch die klassischen griechischen und später auch römischen Ärzte geriet dieses Gebiet jedoch in Vergessenheit. Während der langen, dunklen, mittelalterlichen Nacht, aber auch später, nach der Renaissance und dem Zeitalter der Aufklärung, geschah wenig oder gar nichts. Die Wiederentdeckung der affektiven Störungen ging

auch nicht unmittelbar mit der Gründung der Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin am Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts einher, sondern setzte erst ein halbes Jahrhundert später ein. Es waren die Arbeiten von *Falret* (1854) über die *Folie circulaire* und die seines Rivalen *Baillarger* (1854) über die *folie à double forme*, die den neuen Anstoß gaben.

Weitere neue Impulse kamen von *Kraepelin*, der im letzten Jahr des ausklingenden 19. Jahrhunderts das *manisch-depressive Irresein* konzeptualisierte. Schon bald bemerkten *Wernicke*, *Kleist*, später auch *Leonhard* sowie deren Schüler, dass die Idee der Vereinheitlichung aller affektiven Erkrankungen unter dem »Kraepelin'schen Dach« des manisch-depressiven Irreseins eine unzulässige Simplifizierung ist. Trotz der richtigen Ansätze der »drei Karls« setzte sich das klarere, einfache-

1 Dieser Artikel basiert auf dem Abschnitt »Affektive Erkrankungen: Konzepte und Definitionen. Ein fortführender Rückblick« aus Marneros (2004). Dort finden sich auch weitere Literaturhinweise.

re und nachvollziehbarere Konzept Kraepelins durch.

Die Wende kam nach der Entdeckung der modernen Psychopharmakotherapie mit ihren ungeheuren Auswirkungen auf alle Gebiete der Psychiatrie. Im Jahre 1966 wurden von *Angst* und *Perris* zwei wichtige, voneinander unabhängige Studien vorgelegt: »Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen« (Angst 1966) und »A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses« (Perris 1966). Beide Arbeiten belegten die nosologische Differenzierung unipolarer und bipolarer Erkrankungen. Damit wurden wesentliche Ansichten von Kleist, Leonhard u. a. bestätigt und ergänzt. Gleichzeitig wurden auch die Ansichten von *Falret* und *Baillarger*, den ungleichen und miteinander verfeindeten Vätern des Konzepts der unipolaren und bipolarer Erkrankungen, in der neuen Zeit »rehabilitiert«.

Obwohl die Wernicke-Kleist-Leonhard-Schule schon früher Wesentliches dazu beigetragen hat, kann man dennoch das Jahr 1966 als einen Einschnitt oder, wie es Pichot (1995) ausdrückte, als »das Wiedergeburtjahr« der bipolarer Erkrankungen betrachten.

Während seiner 150-jährigen Entwicklung war das neuzeitliche Konzept der unipolaren und bipolarer Erkrankungen nicht immer durch Klarheit gekennzeichnet (Pichot 1995; Marneros 2004b). Insbesondere die Ansichten der Schule von Wernicke, Kleist und Leonhard erreichten teilweise für manche Kliniker und Forscher nicht immer nachvollziehbare Dimensionen, so etwa die Konzepte der »reinen Melancholie« vs. der »reinen Depression« bzw. der »reinen Manie« vs. der »reinen Euphorie« oder durch die Plethora von Aufspaltungen der sogenannten endogenen (autochthonen) (Auto-)Psychosen (Marneros und Pillmann 2004). Daher wurden viele Aspekte, die sich später als richtig erwiesen, nicht wahrgenommen. Durch die beiden erwähnten empirischen Studien von Angst und Perris sowie die kurz darauf folgenden Arbeiten der Gruppe um Winokur konnten sich jedoch wesentliche Aspekte der Ansichten von Falret und Baillarger, von Kleist, Leonhard und anderen in klarerer Form durchsetzen. Es wurde eine Basis geschaffen, auf der sich eine operationale und empirische klinische sowie paraklinische Forschung entwickelte (s. Marneros 2004b; Goodwin und Jamison 2007).

1.2 Von der griechischen Antike bis zur Neuzeit

Zustände von Depression und Exaltation wurden zwar erstmalig von Hippokrates und den Hippokratikern wissenschaftlich beschrieben, sie waren aber bereits den prähippokratischen Ärzten, Philosophen und Dichtern des Altertums bekannt.

Hippokrates (ca. 460–370 v. Chr.) beschrieb jedoch als Erster systematisch die beiden Zustände und führte sie vor allem auf körperliche Ursachen zurück. Seine Schilderungen von Melancholie und Manie unterscheiden sich nicht so deutlich von den heu-

tigen, wie manche Autoren meinen, sondern sie stellen eher eine breitere Gruppe von Erkrankungen dar als die aktuellen. Auch andere antike Ärzte, wie *Galenos von Pergamon*, *Soranus von Ephesos* oder *Aurelianus*, ergänzten und bereicherten die hippokratischen Beschreibungen.

Eine ganz besondere Stellung in der Reihe der Gründer der wissenschaftlichen Medizin nimmt *Aretäus von Kappadokien* ein. Aretäus, ein berühmter griechischer Arzt der Antike in der zweiten Hälfte des 1. Jahrhun-

derts, war der Erste, der ein Alternieren von Melancholie und Manie annahm. Somit hat er erstmals bipolare Erkrankungen beschrieben (Marneros 2004b). Es ist verwunderlich, dass manche Autoren, so etwa Berrios (1988) oder Fischer-Homberger (1968), ihn nicht als den Erstbeschreiber der bipolaren Erkrankungen sehen. Das Studium der entsprechenden Kapitel seines Buches »Über Ursachen und Symptome der chronischen Krankheiten« (1. Buch, Kap. V und VI) lässt jedoch keinen Zweifel daran. Das Argument, die Begriffe Manie und Melancholie meinten damals etwas anderes als das, was wir heute darunter verstehen, ist unserer Meinung nach nicht haltbar. Sie definierten etwas Breiteres und Umfassenderes, aber nicht etwas grundsätzlich anderes.

Das Aufeinanderfolgen von Manie und Melancholie wurde auch von späteren Autoren vor allem im 17., 18. und 19. Jahrhundert beschrieben. Repräsentativ seien hier Willis (1676), Esquirol (1820), Heinroth (1818), Griesinger (1845) sowie andere europäische Psychiater (vgl. Stone 1977) erwähnt. Griesinger (1845) beschrieb nicht nur den Übergang der Melancholie zur Manie, den er als gewöhnlich bezeichnete, sondern er vertrat auch die Auffassung, dass die Erkrankung aus einem Zyklus beider Formen besteht, mit regelmäßigem Alternieren.

Wie Haugsten (1995) in seiner Darstellung der Geschichte der bipolaren Erkrankungen schreibt, erkannten Willis (1672), Morgagni (1761) und Lorry (1765) bereits im 17. und 18. Jahrhundert die longitudinale Verbindung von Manie und Melancholie. Stone (1977) berichtete, dass Mead (1673–1754) in England – genau wie Aretäus von Kappadokien – vermutete, Manie und Melancholie seien unterschiedliche Erscheinungsformen ein und desselben Prozesses. Chiarugi (1759–1820) aus der Toskana notierte: »Der Maniker ist wie ein Tiger oder wie ein Löwe, und man kann annehmen, dass die Manie das Gegenteil zu echter Melancholie ist.« Im Frankreich des 19. Jahr-

hunderts, wie Pichot (1995) schreibt, florierete eine exakte deskriptive Psychopathologie, die jedoch traditionalistisch war, und so vertraten prominente Psychiater der damaligen Zeit, wie Pinel oder Esquirol, noch die Auffassung, dass melancholische und manische Episoden Erscheinungsformen unterschiedlicher psychischer Störungen seien. Die Autoren des 17. und 18. Jahrhunderts, die ein Alternieren der beiden Formen berichteten, zogen jedoch nicht die Schlussfolgerung, dass es sich hierbei um eigene Entitäten handelt. Dieser Schritt wurde erst mit Falret (1851) vollzogen.

Im Jahr 1851 erschien in der *Gazette des Hôpitaux* ein dreizehnzeiliger kurzer Absatz (»De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l'alternative régulière de la manie et de la mélancholie«), in welchem Falret (1794–1870) erstmals eine eigene Form der psychischen Erkrankung, also eine nosologische Entität, beschrieb, die er *folie circulaire* (im Deutschen als *zirkuläres Irresein* übernommen) nannte. Die *folie circulaire* ist gekennzeichnet durch einen kontinuierlichen Zyklus von Depression, manischer Exaltation und einem unterschiedlich langen freien Intervall. Dieses Konzept wurde in den darauffolgenden Jahren vervollkommen, sodass im Jahre 1854 zunächst eine ausführlichere Darstellung in den »Leçons cliniques de médecine mentale faites à l'hospice de la Salpêtrière« erschien, die wenige Wochen später in einer Sitzung der Académie de la Médecine in Form einer Abhandlung unter dem Titel »Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé« weiter ergänzt wurde. In den genannten Arbeiten wehrte sich Falret gegen die Auffassung, den Übergang der Manie in die Melancholie und umgekehrt als ein zufälliges Ereignis anzunehmen. Er meinte, dass eine bestimmte Kategorie von psychischen Erkrankungen bestehe, bei wel-

chen sich kontinuierlich und in regelmäßiger Art und Weise die Aufeinanderfolge von Manie und Melancholie manifestiere. Dies betrachtete er als eine Grundlage zur Anerkennung einer besonderen Form von psychischer Erkrankung, eben der *folie circulaire*. Obwohl auch von früheren Autoren die Kontinuität und die Regelmäßigkeit des Aufeinanderfolgens von Melancholie und Manie beschrieben wurden, war Falret wohl der Erste, der aus dieser Tatsache das Vorliegen einer »besonderen« Form von Erkrankung erkannte (Langer 1994; Pichot 1995). Im Jahre 1854 präsentierte Baillarger sein Konzept der *folie à double forme* sowohl im Protokoll der Sitzung der *Académie de la Médecine*, in der auch Falret seine Abhandlung über die *folie circulaire* gelesen hat, als auch in der Arbeit »De la folie à double forme« in einer überaus polemischen Art und Weise gegenüber dem Falret'schen Konzept. Die Dramatik der Auseinandersetzung zwischen Falret und Baillarger – auch in ihren menschlichen Dimensionen – sind von Pichot in faszinierender »plutarchischer Art und

Weise«, wie er selbst sagte, als »Drama in drei Akten« – in einer, trotz mancher Ungenauigkeiten, etwa was Kahlbaum und die deutsche Psychiatrie betrifft, sehr lesenswerten Arbeit – dargestellt (Pichot 1995). Die Schlussfolgerungen, die beide Autoren gezogen haben, sind sehr unterschiedlich. Baillarger nimmt eine Art von Krankheitsanfall an, in der Manie und Melancholie ineinander übergehen, und postuliert Unterbrechungen, die zwischen den Episoden liegen. Der longitudinale Aspekt, der auch freie Intervalle berücksichtigt und für Falret von so großer Bedeutung ist, wird für die Diagnose einer Krankheitseinheit von Baillarger nicht mehr akzeptiert, sondern nur der Übergang von Manie zur Melancholie und umgekehrt. Eine tatsächliche Weiterentwicklung der Ansichten von Aretäus von Kappadokien, Mead oder Chiarugi stellen die Ansichten Falrets über die *folie circulaire* dar, während Jules Baillargers Konzept der *folie à double forme* den Anschauungen seines Lehrers Esquirol sehr ähnlich ist (Pichot 1995; Marneros und Angst 2000).

1.3 Das »manisch-depressive Irresein« vs. »unipolar – bipolar«

Nicht nur in Deutschland, sondern weltweit hatte bekanntlich das fundamentale Werk *Kraepelins* eine entscheidende Wirkung. Zu Recht verdient er den Titel »Vater der modernen Psychiatrie«. Durch die von ihm postulierte Dichotomie der endogenen Psychosen in *dementia praecox* und *manisch-depressives Irresein* wurde Wesentliches zur Bereinigung der begrifflichen Verwirrung in der Zeit vor ihm geleistet. Gleichzeitig jedoch wurde von ihm manches so stark vereinfacht, dass man in diesem Fall nicht mehr nur von Fortschritt, sondern auch von Rückschritt sprechen muss.

Als Rückschritt erwies sich die »Zusammenpressung« von Manie und Depression in all ihren Verlaufsformen und Ausprägungen sowie das Verschmelzen aller anderen Formen affektiver Störungen zu einer einzigen Kategorie, nämlich der des »manisch-depressiven Irreseins« (Kraepelin 1899). Später stellte sich diese Vorgehensweise als Irrtum heraus – zumindest überwiegend (Akiskal 2002). Auch geniale Menschen können sich irren. Ihre Irrtümer haben allerdings eine längere und nachhaltigere Wirkung als die »gewöhnlicher« Menschen.

Die Systematik Kraepelins hat viele Opponenten gefunden, vor allem die Schule um Wernicke und seinen damaligen Assistenzarzt in Halle und späteren Ordinarius in Rostock und Frankfurt am Main – Kleist, später auch Leonhard. Aber dies bedeutet nicht, dass die Opposition gegen Kraepelin erst damit angefangen hat. Schon der Vorgänger von Wernicke an der Universität Halle-Wittenberg, Hitzig (s. Marneros und Pillmann 2004; Marneros und Pillmann 2005), griff Kraepelin wegen seiner Tendenzen, die periodischen Psychosen zu erweitern, sehr scharf an. Wernicke widersprach der Auffassung Kraepelins, dass die Melancholie nur eine Teilerscheinung der manisch-depressiven Erkrankung darstelle. Die manisch-depressive Krankheit durfte nach der Ansicht Wernickes nicht auf Einzelfälle von Melancholie oder Manie ausgedehnt werden (Wernicke 1906). Die zirkuläre Geisteskrankheit wurde in Übereinstimmung mit Falret und Baillarger als regelmäßiges Alternieren manischer und depressiver Zustände beschrieben, die durch kürzere oder längere Intervalle miteinander verbunden sind.

Mit *Kleist*, dem Schüler von Wernicke in Halle, finden auch die Begriffe unipolar und bipolar als Antipode zum Kraepelin'schen Einheitsbegriff des manisch-depressiven Irreseins ihren Eingang in die Psychiatrie. Schon im Jahre 1937 machte Kleist einen Vorschlag zur Klassifizierung der neuropsychischen Erkrankungen, den er letztlich 1950 und 1951 bei Vorträgen in Madrid und Frankfurt und in einer Klassifikation von 1953 abgeschlossen hat (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Die Gliederung der »neuropsychischen Erkrankungen« nach Kleist (1953)

-
- a. *einfache (unipolare) Formen:*
 Melancholie, Angstpsychose, ängstliche Beziehungspsychose, hypochondrische Depression, depressiver Stupor.
 Manie, ekstatische Eingebungspsychose, hypochondrische Erregung.
-
- b. *mehrgestaltige (bipolare) Formen:*
 manisch-depressive Gemütskrankheit, hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose, erregt-stuporöse Verwirrtheitspsychose, ängstlich-ekstatische Bedeutungspsychose.
-

1.4 Die neue Epoche

Die neue Epoche begann mit dem Jahr 1966. In diesem Jahr haben, wie schon erwähnt, *Angst* und *Perris* getrennt voneinander, der Erste von der Nosologie Kraepelins ausgehend, der andere zusätzlich auch von den Ansichten Wernickes, Kleists und Leonhards, die Idee der Eigenständigkeit der bipolaren von den unipolaren affektiven Erkrankungen durch longitudinale Forschung bekräftigt. Sie isolierten aus dem ganzen Konzept der beiden erwähnten nosologischen Systeme

nur den Aspekt unipolar/bipolar und ignorierten damit hemmenden Ballast. Das noch lebendige (aber fast ausschließlich in Deutschland vorkommende), auf Falret zurückgreifende Unipolaritäts-/Bipolaritätskonzept von Kleist und Leonhard wurde damit weltweit »wiedergeboren«. Eigentlich war die von Pichot (1995) so bezeichnete »Wiedergeburt« der bipolaren Erkrankungen durch die erwähnten epochalen Arbeiten aus Zürich und Stockholm im Grunde genom-

men eine erfolgreiche »Reanimation«, also eine Wiederbelebung, eines prinzipiell richtigen und noch existierenden Konzepts.

Nach den Arbeiten von Angst und Perris und etwas später nach denen der Gruppe um Winokur begann sowohl in der Forschung als auch in Klinik und Praxis eine neue Ära der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Falret und Baillarger, Wernicke, Kleist und Leonhard wurden rehabilitiert: *unipolare und bipolare Erkrankungen sind trotz vieler*

Gemeinsamkeiten unterschiedliche Entitäten. Damit begannen bislang noch nie dagewesene Forschungsaktivitäten in klinischen, biologischen, genetischen, pharmakologischen, methodologischen, verlaufsdynamischen und anderen Bereichen. Die Idee eines Spektrums mit einer wahrscheinlich genetisch bedingten Überlappung von bipolarem bzw. unipolarem und schizophrenem Spektrum wurde als Abbild der klinischen Realität entwickelt.

Teil 1 Grundlagen

