

# BipoLife A1

VERBESSERUNG DER FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION  
BEI PERSONEN MIT ERHÖHTEM RISIKO FÜR DIE ENTWICKLUNG  
EINER BIPOLAREN STÖRUNG

---

16. DGBS Jahrestagung, 17. September 2016

Dipl.-Psych. Jana Fiebig, Charité – Universitätsmedizin Berlin



# Gliederung

---

1. Forschungsverbund BipoLife
2. Hintergrund und Ziele der A1-Studie
3. Studiendurchführung und Diagnostik
4. Fallbeispiel
5. Erste Zahlen

# 1. Forschungsverbund BipoloLife

---

## **Modul A: Prävention und gezielte Interventionen**

A1 Früherkennung bei Risikostadien

A2 Adjuvante Psychotherapie in frühen Phasen der bipolaren Störung

A3 Frühwarnzeichen von Episoden – Erkennung und Intervention

## **Modul B: Neurowissenschaftliche Ansätze für ein verbessertes Verständnis von Verlauf und Outcome**

## **Modul C: Translationale Plattformen**

# 1. Forschungsverbund BipoliLife

---

## **Modul A: Prävention und gezielte Interventionen**

### **A1 Früherkennung bei Risikostadien**

A2 Adjuvante Psychotherapie in frühen Phasen der bipolaren Störung

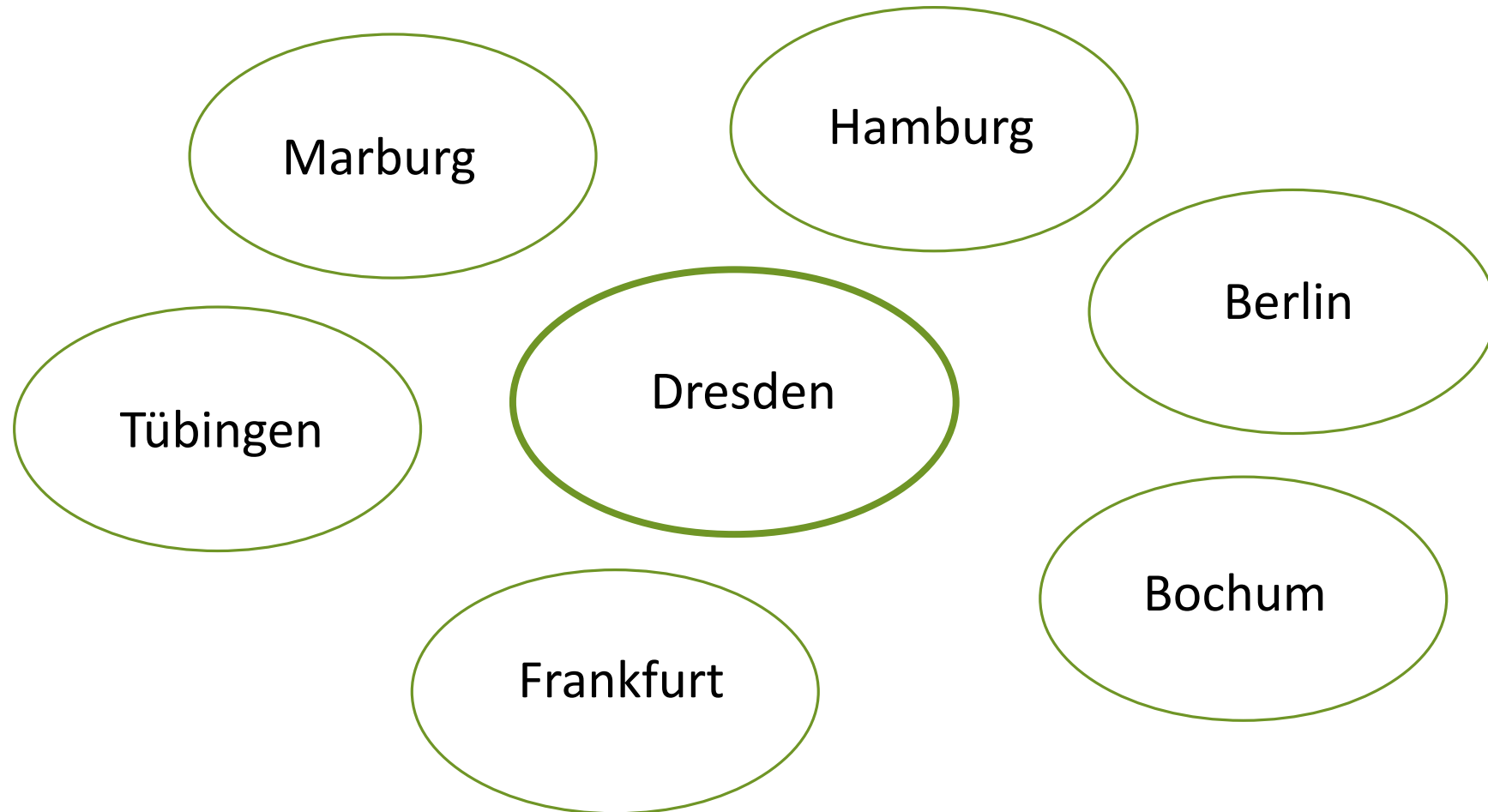
A3 Frühwarnzeichen von Episoden – Erkennung und Intervention

## **Modul B: Neurowissenschaftliche Ansätze für ein verbessertes Verständnis von Verlauf und Outcome**

## **Modul C: Translationale Plattformen**

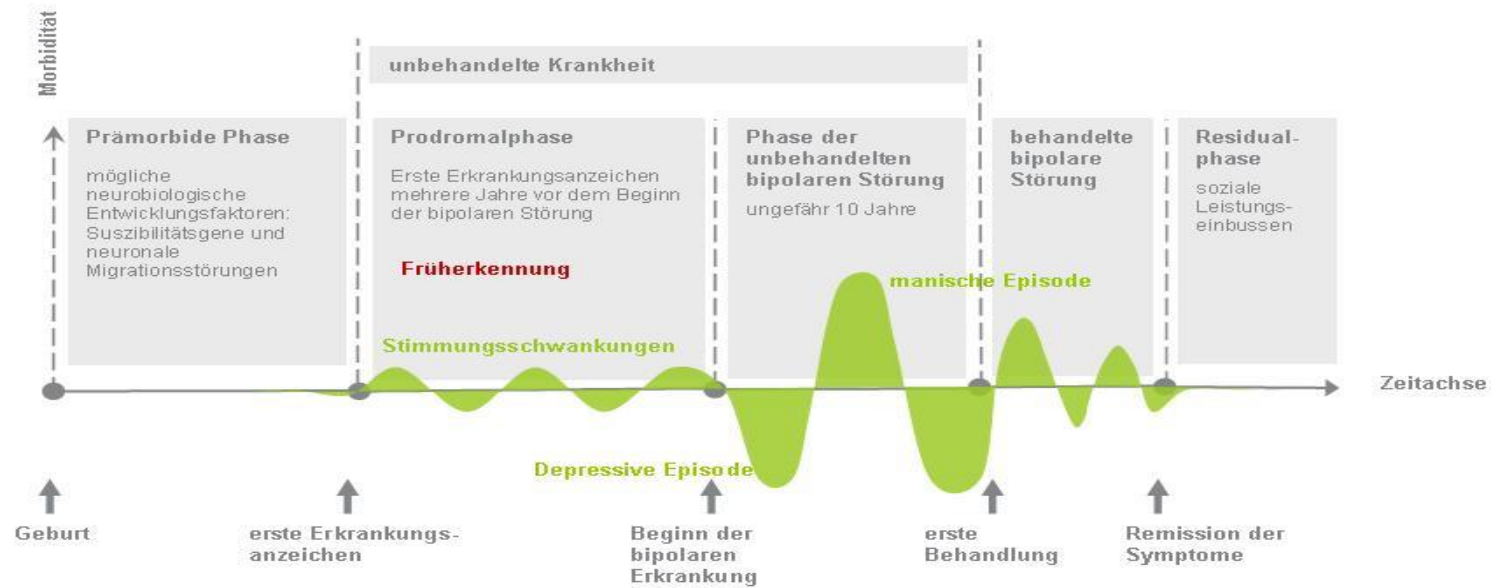
## 2. Beteiligte Zentren BipoLife A1

---



# 2. Hintergrund zur A1-Studie

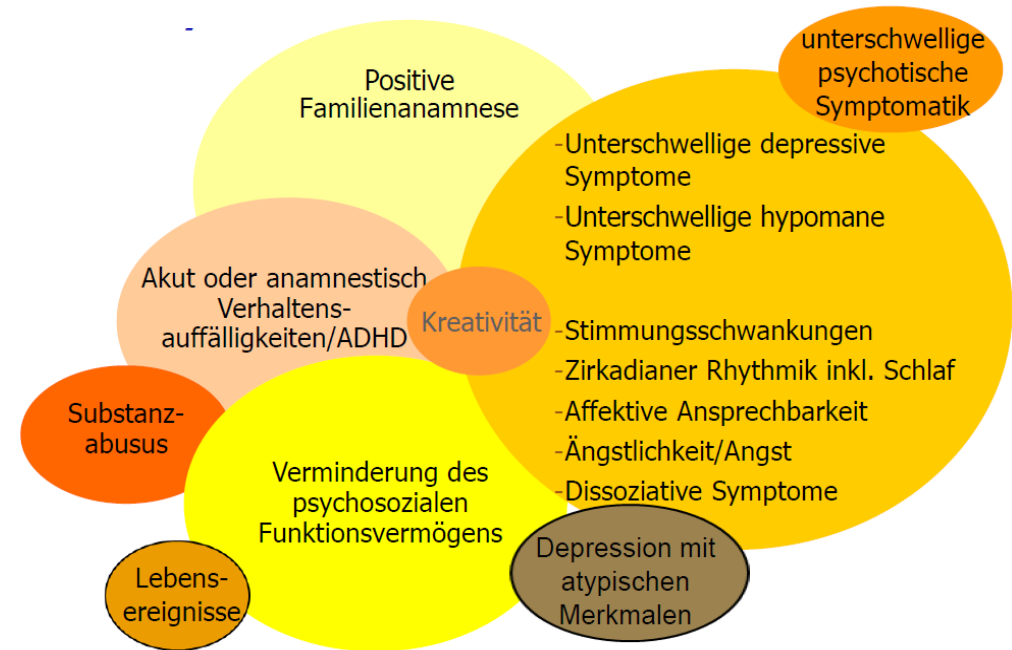
## Verlauf bipolarer Erkrankungen



Torres et al. 2007; Joe et al. 2008; Mur et al. 2008; Senturk et al. 2007; Zubieta et al. 2001

# 2. Hintergrund zur A1-Studie

- Identifikation v. Risikofaktoren für die Entwicklung einer bipolaren Störung
- erste Instrumente zur Früherkennungsdiagnostik wurden entwickelt
- wenig bekannt über protektive Faktoren, bislang auch keine Behandlungsleitlinien für Prodromalstadium



Leopold et al 2012, Skjelstad 2010; Conus 2010; Pfennig & Ritter 2015

# 2. Ziele und Hypothesen

---

- a) Untersuchung von Risikofaktoren für die Entwicklung einer bipolaren Störung
- b) Erstellung von individuellen Risikoprofilen
- c) Identifikation von schützenden Faktoren
- d) Nutzung der Ergebnisse zur Verbesserung der Diagnostik und frühen Intervention

Hypothese 1: Innerhalb von 24 Monaten werden 15% der Hochrisiko-Teilnehmer eine erste hypomane/ manische Episode erleben.

Hypothese 2: Spezifische Risikofaktoren/-konstellationen können diese Episode vorhersagen.



# 3. Studienteilnehmer

---

Risikogruppe 1: Personen über Früherkennung mit min. 1 Risikofaktor für bipolare Störungen

Risikogruppe 2: Personen mit depressivem Syndrom

Risikogruppe 3: Personen mit der Diagnose ADHS

Gesunde Kontrollkohorte (IMAGEN)

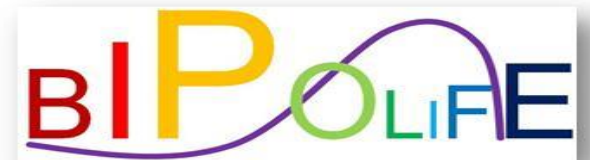
Alter: 15-35 Jahre

Nicht vorliegend: bipolare Störung, Schizophrenie, schizoaffektive Störung, alleinige Zwangs- oder Angsterkrankung, vorherrschende Abhängigkeitserkrankung

# 3. Was erwartet die Probanden?

---

- ausführliche Diagnostik mithilfe von Interviews und Fragebögen
- Eingehende Beratung
- Insgesamt 4 weitere Gespräche (nach 6,12,18 und 24 Monaten)
- Bei Bedarf Vermittlung von Therapieangeboten
- Zusätzliche MRT/EEG-Untersuchung möglich
- Aufwandsentschädigung



# 3. Diagnostik

---

## **Klassische klinische Diagnostik:**

SKID I+II, aktuelle depressive/ manische Symptome, psychosoziales Funktionsniveau

## **Früherkennungsdiagnostik:**

Subsyndromale depressiver u. manischer Symptome: *Bipolar Prodrome Symptom Scale* (BPSS) + BAR-Kriterien  
Risikofaktoren (z.B. Schlaf, Stimmung, Substanzkonsum): *Early Phase Inventory for bipolar disorders* (EPIbipolar)  
Subsyndromale psychotische Symptome: *Strukturiertes Interview f. Prodromalsymptome*(SIPS/SOPS)  
*Schizophrenia Proneness Instrument* (SPI-A)

## **Zusätzliche Fragebögen zur Erfassung der/des:**

Impulsivität, Temperaments, Kreativität, Stresserlebens, Ressourcen und Selbstmanagement, Lebensqualität, Traumata

# 3. Diagnostik - EPIbipolar

**Indikatorfrage:**

13.	Gab es jemals Zeiten, in denen Sie <u>weniger</u> Schlaf benötigten als sonst, sich aber trotzdem frisch und erholt fühlten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja,		
	Gab es in den letzten 12 Monaten Zeiten, in denen Sie <u>weniger</u> Schlaf benötigten als sonst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

*cave: Erfragen Sie unabhängig davon, ob das Symptom in den letzten 12 Monaten auftrat, die Frequenz und die Quantität!*

**Frequenz:**

<input type="checkbox"/>	Nie oder selten	0	negativ
<input type="checkbox"/>	sporadisch (< monatlich) und dann nur einzelne Tage	1	negativ
<input type="checkbox"/>	sporadisch (< monatlich) und dann mehrere Tage <b>oder</b> wiederholt (mind. 1/Monat) und dann nur einzelne Tage	2	positiv
<input type="checkbox"/>	wiederholt (mind. 1/Monat) und dann mehrere Tage <b>oder</b> häufig (mindestens einmal wöchentlich)	3	positiv

**Beginn, Verlauf und Dynamik der Symptomatik**

Dokumentiere, wann das Symptom erstmalig auftrat: <input type="checkbox"/> seit der gesamten Lebensspanne/„seitlich mich erinnern kann“ <input type="checkbox"/> kann nicht bestimmt werden <input type="checkbox"/> Datum des Beginns (Monat/Jahr): _____	<input type="checkbox"/> tritt kontinuierlich auf <input type="checkbox"/> einmalige Episode, remittiert <input type="checkbox"/> tritt episodisch auf Anzahl/Länge der Episode(n): _____ / _____
Hat sich das Symptom verstärkt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zunahme von: <input type="checkbox"/> Frequenz <input type="checkbox"/> Intensität <input type="checkbox"/> Dauer

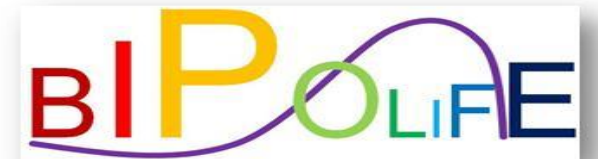
Beispielitem zur Erfassung von bipolar-spezifischen Schlafstörungen

# 4. Fallbeispiel

---

## PROBANDIN AUS DER HOCHRISIKOGRUPPE

- junge Studentin, kommt über die Bipolar-Sprechstunde
- aktuell depressive Episode, aber auch „Hochphasen“ mit Substanzkonsum
- Manieprodrom, Stimmungsschwankungen
- episodisches Verlaufsmuster, depressive Episode mit spezifischen Merkmalen
- ambulante Psychotherapie empfohlen, Termine in der PIA



# 5. Erste Zahlen

---

## Rekrutierungsstand:

Ziel: 1150 Personen (jeweils 500 in Risikogruppe I+II, 150 in Risikogruppe III)

Aktuell: 319 Personen, davon: 140 über Früherkennung, 161 mit depressivem Syndrom, 18 mit ADHS

## Berliner Ergebnisse:

Insgesamt wurden in Berlin 55 Personen in die Studie eingeschlossen, davon sind 49 Baseline-Diagnostiken abgeschlossen, 3 Drop-Outs. Von den vorliegenden Daten von 39 Personen haben...

... 15% der Personen ein (Hypo-)Manieprodrom

... 100% der Personen eine depressive Episode

... 8% der Personen ein Psychoseprodrom

...59% der Personen bipolar-spezifische Schlafstörungen

...44% der Personen zunehmende Stimmungsschwankungen

...18% der Personen haben eine pos. Familienanamnese

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

---

