

Diplomarbeit

**Bindung, Beziehung und Sexualität bei Bipolar
Affektiven Erkrankungen**

eingereicht von

Philipp Rauch

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Klinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von

**Assoz. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. et scient.med. Eva Reininghaus,
MBA**

und

Dr.med.univ. et scient.med. Armin Birner

Graz, am 9. April 2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 9. April 2019

Philipp Rauch eh

Vorwort

*„Unsere Augen werden ohne Blicke
Öffnungen der Körper sein. [...]
Kein Geist wird unseren Mund bewohnen,
kein Schatten unser Herz.
Wir werden unsere Schwere fühlen.“
Kante – Warmer Abend*

*„RUSSELL
My dad made it sound so easy. He’s
really good at camping, and how to
make fire from rocks and stuff. He
used to come to all my Sweatlodge
meetings.*

Russell smiles at the thought.

*RUSSELL
And afterwards we’d go get ice
cream at Fentons. I always get
chocolate and he gets butter-
brickle. Then we’d sit on this one
curb, right outside, and I’ll count
all the blue cars and he counts all
the red ones, and whoever gets the
most, wins. I like that curb.*

He looks up at Carl.

*RUSSELL
That might sound boring, but I
think the boring stuff is the stuff
I remember the most.*

They walk in silence. Carl understands.“
UP, screenplay by Bob Peterson and Pete Docter

Danksagungen

Ohne die Menschen in meinem Umfeld, mit denen mich mehr als nur leichte Fäden des Zusammenhangs verbinden, wäre diese Arbeit schwer möglich gewesen.

Mein Dank gilt all jenen, die mir in den verzweigten Ästen meines Stammbaums ein Nest geboten haben; allen voran meinen Eltern, Schwestern, Großeltern.

Mein Dank gilt Eva Reininghaus und Armin Birner, die den Balanceakt zwischen Freiheit beim Verfassen der Arbeit sowie kompetenter Begleitung und Führung durch das wissenschaftliche Dickicht gemeistert haben.

Mein Dank gilt dem gesamten Team der Bipolar Ambulanz des Landeskrankenhauses Graz, in dessen Umfeld mein Wissen und meine Erfahrung gedeihen konnten.

Mein Dank gilt den vielen Patientinnen und Patienten dafür, dass sie mir Einblicke gewährt haben in ihre Lust, ihr Begehren, kurz in ihr Leben.

Und zu guter Letzt gilt mein Dank jenen um mich herum, welche mir in Graz ein Netz aus Vertrauen und Aufrichtigkeit gewebt haben: meinen Freundinnen und Freunden ohne deren Nähe ich nicht den Mut gefunden hätte die Fragen zu beantworten die ich mir selbst gestellt habe.

Zusammenfassung

Einleitung: Die bipolar Affektiven Störungen zählen zu den schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen und gehen des Weiteren mit einer hohen Mortalität einher. Die Bindungstheorie, basierend auf J. Bowlbys Schriften, geht davon aus, dass die Bindungserfahrungen, welche man mit seinen ersten, engsten Bezugspersonen erlebt, sich zu inneren Modellen entwickeln, welche im Lauf des Lebens erneut aktiviert werden. Grob unterscheidet man sicher und unsicher gebundene Menschen. Aus der Literatur ergeben sich viele Hinweise, dass unsicher gebunden Individuen anfälliger für psychiatrische Krankheiten sind.

Ziel: Als Ziel hat sich diese Arbeit gesetzt, einen Zusammenhang zwischen der bipolar affektiven Störungen und dem alltäglichen Bindungsverhalten herzustellen.

Methoden: Ausgehend von der BIPLONG Studie, wurde eine Korrelation hergestellt zwischen Erwerbs-, Beziehungsstatus, Staging nach Kapczinski und den Resultaten der Fragebögen ZIP, RSP.

Resultate: Es konnte gezeigt werden, dass an bipolar affektiven Störungen Erkrankte eher Single ($p = .013$) und arbeitslos ($p \leq .001$) sind. Ein Unterscheid zwischen den Geschlechtern zeigte sich nicht. In der Gruppe der Erkrankten, zeigt sich keine Korrelation zwischen Erwerbsstatus und Beziehungsstatus. Auch wenn die Erkrankten eher dazu neigen mehr Beziehungen einzugehen, zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der Zufriedenheit in den Beziehungen. Abhängig davon, wie man die „Schwere“ der Erkrankung definiert, zeigten sich widersprüchliche Zusammenhänge zwischen „Schwere“ und Beziehungsstatus.

Konklusion: In der Literatur finden sich deutliche Hinweise darauf, dass sichere Bindungen einen positiven Einfluss auf psychiatrische Erkrankungen haben. Diese Ergebnisse konnten zum Teil repliziert werden. Limitierend ist die Tatsache, dass die Bindungsrepräsentation nicht ermittelt wurde, und die Untersuchungen hauptsächlich auf demographischen Daten fußen. Für die zukünftige Forschung ergibt sich der Auftrag die stützende Funktion eines sicheren Gefüges der Bindungen weiter zu erforschen und damit fundiert in den klinischen Alltag integrieren zu können.

Abstract

Introduction: Bipolar affective disorders are one of the more severe psychiatric illnesses, and are accompanied by a high mortality.

Attachment theory, based on J. Bowlby's writings, says that based on previous experiences, which we've gone through with our first and closest caregivers, form an inner working model, that is reactivated in later life. Simply put, one could differentiate between secure and insecure attachment. Literature suggests, that people who are insecure in their attachment, tend to suffer from psychiatric illnesses.

Objective: It is the aim of the thesis to formulate a connection between the bipolar affective disorders and the daily forms of attachment.

Methods: Taken from the data of the BIPLONG study, correlations were made between employment, status of the relationship, staging according to Kapczinski, and the results of the self-assessment questionnaires ZIP, RSP.

Results: Individuals affected by bipolar disorders were more likely to be single ($p = .013$) and unemployed ($p \leq .001$). We did not detect differences between the sexes. In the group of the patients, there was no correlation between relationship-status and employment. Although the patients tend to have more partners than the control group, there was no difference between the contentedness. Depending on what defines a more severe stage, mixed results were found concerning the correlation between severity and relationship status.

Conclusion: There are some distinct hints in the literature, that a secure attachment has a protective effect on psychiatric disorders. These findings are partly replicated here. A limitation of this thesis is that the inner attachment representation was not explored, and the research is based on demographic data. Future research should focus on further exploring the supportive function of a secure attachment and therefore be able to integrate attachment theory well into everyday clinical practice with bipolar patients.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	iii
Danksagungen	iv
Zusammenfassung	v
Abstract	vi
Inhaltsverzeichnis	vii
Glossar und Abkürzungen	viii
Abbildungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis	x
1 Einleitung	1
1.1 Bindungstheorie	1
1.1.1 Die Anfänge oder John Bowlby	1
1.1.2 Fremde Situation und Bindungsqualitäten	3
1.1.3 Repräsentation der Bindung im Erwachsenenalter.....	5
1.2 Bipolar Affektive Erkrankung	7
1.2.1 Epidemiologie	7
1.2.2 Ätiopathogenese	7
1.2.3 Unterteilung der Bipolar Affektiven Störungen	18
1.2.4 Prognose	23
1.2.5 Therapie.....	25
2 Material und Methoden	35
3 Ergebnisse – Resultate	38
4 Diskussion	Fehler! Textmarke nicht definiert.
5 Literaturverzeichnis	54
Anhang -Projektplan	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang - Fragebogen	61

Glossar und Abkürzungen

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective Test
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
ARNTL	Aryl Hydrocarbon Receptor Nuclear Translocator-Like Protein 1
BAS	behavioral approach system
BIS	behavioral inhibition system
DNA	Desoxy Ribonuklein Acid
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA	Gamma-Aminobuttersäure
HEE	High-Expressed-Emotions
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MRT	Magnet Resonanz Tomographie
PCC	patient-centered care
PTSD	post traumatic stress disorder, posttraumatische Belastungsstörung
RSP	Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft (Fragebogen)
SDM	shared decision-making
WHO	World Health Organization
ZIP	Zufriedenheit in Paarbeziehungen (Fragebogen)
ZNS	Zentrales Nervensystem

Abbildungsverzeichnis

Figure 1 Balkendiagramm; Erwerbstätigkeit; Erkrankung - Kontrollgruppe.....	38
Figure 2 Balkendiagramm; Partnerschaft - Erkrankung.....	39
Figure 3 Balkendiagramm; Geschlecht - Erwerbsstatus.....	40
Figure 4 Balkendiagramm; Partnerschaft - Geschlecht.....	41
Figure 5 Balkendiagramm; Erwerbsstaus - Partnerschaft.....	42
Figure 7 Balkendiagramm; Kapczinski - Partnerschaft.....	44
Figure 8 Box-Plot; Beziehungsstatus - RSP_Score.....	47

Tabellenverzeichnis

Table 1 - DSM-V Kriterien für manische Episode(63)	19
Table 2 - DSM-V Kriterien für hypomane Episode(63).....	20
Table 3 - DSM-V Kriterien für Major Depression(63)	21
Table 4 - DSM-V Kriterin für zylothome Störung(63)	22
Table 5 - Rezeptortypen - Antagonismus (77)	27
Table 6 - Kreuztabelle Erwerbstätigkeit	38
Table 7 - Kreuztabelle; Partnerschaft	39
Table 8 - Kreuztabelle; Geschlecht - Erwerbsstatus.....	40
Table 9 - Kreuztabelle; Geschlecht - Partnerschaft	41
Table 10 - Kreuztabelle; Partnerschaft - Erwerbsstatus	42
Table 11 - Deskriptive Statistik, Phasen - Paarbeziehung.....	43
Table 12 - Deskriptive Statistik; ZIP Score	44
Table 13 - Deskriptive Statistik, Beständigkeit der Beziehungen	45
Table 14 - Deskriptive Statistiv, RSP - Erkrankung.....	46

1 Einleitung

1.1 Bindungstheorie

1.1.1 Die Anfänge oder John Bowlby

Als Begründer der Bindungstheorie gilt der 1907 in England geborene Mediziner John Bowlby. Aus einer wohlhabenden Familie stammend, wuchs er unter der Obhut von Angestellten auf, verlor seine wichtigste Bezugsperson, ein Kindermädchen, mit dem Alter von drei Jahren. Sein Verhältnis zum Vater, ebenfalls ein Arzt, war durch dessen Arbeit distanziert, ebenso wie das Verhältnis zu seiner Mutter, da die Kontaktzeiten auf wenige Stunden des Tages begrenzt waren. Nach Abschluss seines Medizinstudiums, welches er für 2 Jahre unterbrach, um Kinder in einer Schule für sozial auffällige Jugendliche zu unterrichten, begann er die Ausbildung zum Kinderpsychiater.

Nach dem Krieg baute Bowlby an der Tavistock Clinic eine Abteilung für Kinderpsychotherapie auf. Mary Ainsworth und James Robertson schlossen sich seiner Forschungsgruppe an und sollten später die Bindungstherapie entscheidend mit-, und weiterentwickeln (1).

Diese ging von einem gemeinsam gedrehten Dokumentarfilm, „A two year old goes to hospital“ (Bowlby et al. 1952; Robertson, 1952) aus, welcher ein kleines Mädchen zeigt, das im Krankenhaus aufgenommen wird, und wie damals üblich, von der Mutter getrennt wird. Das Kind reagiert mit Protest, Trauer und Anpassung. Diese, zur damaligen Zeit nicht öffentlich bekannten, Reaktionen des Kindes auf die Trennung, nutzten Bowlby und Robertson, um die damaligen Besuchspraktiken zu verändern.

In den „Drei Abhandlungen der Sexualtheorie“ spricht Sigmund Freud, davon, dass das Kind den oralen Trieb durch die Ernährung mit der Brust der Mutter stillt. Er geht davon aus, dass das Bedürfnis zuerst auto-erotisch sei und sich dann später auf ein äußeres Objekt richtet (2). Auch wenn sich das Objekt im Lauf des persönlichen Wachstums verändert, so ruft jeder emotionale Umgang, diese Interaktion des ersten geliebt, gestreichelt und umsorgt werdens wieder hervor. Freud spricht in dieser Phase von Anaklise; dem Bedürfnis nach Anlehnung an einen anderen Menschen. Darin, so Freud » (...) wurzelt die einzigartige, unvergleichliche, fürs ganze Leben unabänderlich festgelegte Bedeutung der Mutter als erstes und stärkstes Liebesobjekt, als Vorbild aller späteren Liebesbeziehungen – bei beiden Geschlechtern « (3).

Diese Annahme bezeichnet Bowlby als secondary drive. Damit meint er, dass biologischen Bedürfnissen entsprochen wird (in diesem Fall mittels der Brust). Sekundär bedeutet hier,

dass es sich um einen Prozess des Lernens handelt. Diese Auffassung vertraten auch viele Mitglieder der sogenannten Wiener Schule, u.a. Anna Freud (4).

Melanie Klein, welche sich in ihren Arbeiten mit dem Thema „Essen, Oralität und der Brust der Mutter“ auseinandersetzte, kam durch Beobachtung kleiner Kinder zu dem Schluss, dass die Befriedigung des Hungers nicht das einzige ist, was Kinder bedürfen, sondern auch spielend auf dem Schoß der Mutter zu liegen, sie anzusehen, auf Gesichtsausdrücke zu reagieren.

Michael und Alice Balint wiederum, sprechen von einer „archaischen“ oder „primären Objekt Beziehung“. Ihrer Meinung nach hat das Verlangen des Kindes nach Anlehnung, Festhalten an der Mutter, nichts mit erogenen Zonen, weder oraler noch analer, oder genitaler Natur zu tun, sondern stellt ein archaisch eigenes Bedürfnis dar (5).

Bowlby sieht in den fünf Verhaltensmustern von Kindern – Saugen, Klammern, Folgen, Weinen und Lachen – instinktive Antworten, die dem Menschen als Spezies eigen sind. Als Antrieb hinter dieser Palette an Verhaltensmustern sieht er im Unterschied zu Freuds sexueller Auslegung, die Absicherung des Individuums und die Vermittlung der Reproduktion. Bowlby folgt somit einer eher am ethologischen Denken angelehnten Interpretation, wenn er meint, dass es ihm nicht um eine motivierende Kraft, sondern um eine Observierung von Verhaltensmustern ginge. Die treibende Kraft liegt im Verborgenen und man solle sich eher die Frage stellen, welche Bedingungen es braucht um ein Muster zu aktivieren (4).

Saugen, Klammern und Folgen sind, Bowlby zufolge, Verhaltensweisen die zur Nahrung beziehungsweise zur Nähe der Bezugsperson führen. Weinen und Lachen jedoch erwarten eine Antwort des Gegenübers. Für Bowlby haben alle diese „primären Antworten“ einen gleichwertigen Rang; Saugen und damit verbunden die Nahrungsaufnahme seien demnach nicht wichtiger als andere Verhaltensweisen. Gegen die historische Vormachtstellung der Nahrungsaufnahme als Antriebskraft zeigt er auf, dass Kinder auch dann zu Weinen beginnen, wenn es ihnen nicht möglich ist sich an die Mutter zu klammern.

Jedes Gebaren dieses Quintett hat seinen, jeweils eigenen, Zenit im Laufe der Entwicklung des Kindes und seinen Abstieg. Jedoch geht keines verloren, es wird nur zeitweise in den Hintergrund gedrängt. In Situationen der Krise (Angst, Krankheit...) können diese Verhaltensweisen wieder unterschiedlich stark in den Vordergrund treten. Dieses Aufflammen des Bindungsverhaltens ist jedoch nach Bowlbys Ansicht ein rein physiologisches und er betont, dass diesem Wiedererscheinen per se kein pathologischer

Wert zugeschrieben werden sollte: »like old soldiers.(sic!) infantile instinctual responses never die« (4).

Für eine bessere Abgrenzung zum 'secondary drive', sei hier die Unterscheidung zwischen ‚Abhängigkeit‘ und ‚Bindung‘ erwähnt. So verwendet Bowlby diese Begriffe stark getrennt voneinander. Abhängigkeit impliziert ein biologisches Bedürfnis und entspricht damit dem ‚secondary drive‘. Zwar ist das Neugeborene zu Beginn seines Lebens auch biologisch abhängig, jedoch findet parallel dazu eben auch ein Bindungsverhalten, anhand der fünf Verhaltensmuster statt (1,4).

Auf hormoneller Ebene kommt dem Hormon Oxytocin eine Bedeutung hinzu. So vermittelt es nicht nur die Wehentätigkeit und die Laktation der Brust, sondern auch ein Gefühl der Vertrautheit und Entspannung durch Berührung (1,6).

1.1.2 Fremde Situation und Bindungsqualitäten

Mary Ainsworth, welche sich Bowlby anschloss, hielt fest, dass die Qualität der Bindung je nach Dyade unterschiedlich ist und des Weiteren von Tag zu Tag durch die ersten Erfahrungen unseres Lebens geformt wird. Sie entwickelte, ausgehend von Beobachtungen, u.a. in Uganda, eine testähnliche, standardisierte Untersuchungssituation, welche unter dem Namen „Fremde Situation“ bekannt wurde.

Bei dieser standardisierten Methode wird die kindliche Bindungsqualität untersucht. Der Versuch gliedert sich in acht Episoden, wobei jede Episode drei Minuten dauert. Kinder zwischen dem 12. und 19. Lebensmonat betreten mit ihrer Bezugsperson ein für beide fremdes Spielzimmer, und das Kind beginnt diesen Raum zu explorieren. Die Bezugsperson wird angehalten so wenig Hilfestellung wie möglich zu geben (Erste und Zweite Episode). Eine Fremde Person betritt zuerst wortlos den Raum. Nach zwei Minuten beginnt sie einen kurzen Dialog mit der Mutter und bietet danach an mit dem Kind zu spielen (Dritte Episode). Nach einem Klopfzeichen verabschiedet sich die Bezugsperson mit kurzen Worten und verlässt den Raum. Dies führt meist zu einer Aktivierung des Bindungssystems, mit den vorhin erwähnten Verhaltensmustern des visuellen oder auch körperlichen Folgens, Weinens. Die fremde Person versucht das Kind zu trösten oder auch spielend abzulenken (Vierte Episode). Die Bezugsperson kommt zurück, tröstet gegebenenfalls das Kind; die fremde Person verlässt den Raum (Fünfte Episode). Es folgt nun eine zweite Trennung, nach welcher das Kind alleine im Raum zurückbleibt. Durch die vorangegangene Trennung, welche das Bindungssystem aktiviert hat, zeigt sich eine deutlichere Reaktion des Kindes (Sechste Episode). Die fremde Person betritt nun den

Raum und versucht das Kind zu beruhigen (Siebte Episode). Nun betritt die Bezugsperson den Raum, nimmt das Kind beruhigend auf den Arm (Achte Episode) (7,8).

Anhand der Reaktion des Kindes lassen sich folgende Bindungsqualitäten feststellen.

Sicher gebundene Kinder

Nach der ersten wie auch nach der erneuten Trennung zeigen diese Kinder ein deutliches Bindungsverhalten. Rufen und Folgen der Bezugsperson, das Suchen nach eben dieser, sowie Weinen lassen erkennen, dass das sich Kind in einer gestressten Situation befindet. Sobald die Bezugsperson erneut den Raum betritt, reagiert das Kind mit Freude, sucht die Nähe und Trost. Das Kind lässt sich beruhigen und beginnt erneut mit dem Spielen.

Wächst das Kind in einer Umgebung auf, in welcher die engsten Bezugspersonen als fehlend wahrgenommen werden, oder tatsächlich abwesend sind, so entwickeln die Kinder adaptive Strategien um dem eigenen emotionalen Stress entgegenzuwirken (9,10). Im Leben eines Kindes kommt es daraufhin sehr früh zur Ausbildung von einem von zwei möglichen Wegen mit Beziehungen umzugehen: unsicher-vermeidend oder unsicher-ambivalent (11).

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder

Kinder, welche auf die Trennung ohne deutliche Reaktion oder gar Protest reagieren, sich scheinbar unbeirrt dem Spielen weiter widmen, auf die Rückkehr der Bezugsperson mit Ablehnung und der Vermeidung von Körperkontakt antworten, zählt man zur Gruppe der unsicher-vermeidend gebundenen Kindern.

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder

Großer Stress und starkes Weinen, welches von der Bezugsperson schwer aufgefangen werden kann, sind typische Reaktionen für die Kinder dieser Gruppe. Die Bezeichnung „ambivalent“ lässt sich damit begründen, da diese Kinder sowohl die Nähe der Bezugsperson suchen, jedoch auch Aggressionen dieser gegenüber zeigen, indem sie sich abwenden, mit den Beinen strampeln, gar schlagen oder stoßen.

Unsicher-desorganisiertes Bindungsmuster

Als zusätzliche Codierung, kann das Desorganisationsmuster bei Kindern aller drei oben genannten Bindungsmustern vergeben werden. Es beschreibt Kinder, welche

beispielsweise am Weg zur Bezugsperson erstarren („freezing“) und sich dann von dieser abwenden. Die Interpretation dieses Verhaltens geht davon aus, dass zwar das Bindungssystem jener Kinder aktiviert ist, jedoch keine Äußerung in einer konstanten Verhaltensstrategie findet (6). Es wird angenommen, dass unsicher-desorganisierte Bindungsmuster ein nicht gelöstes Dilemma des Kleinkindes widerspiegeln, da die Kinder ihre Fürsorgenden gleichzeitig sowohl als sicheren Hafen als auch als Quelle von Bedrohung erleben (12).

Etwa 50-60 Prozent der Kinder, so geht aus Längsschnittstudien hervor, lassen sich zu der Gruppe der sicher gebundenen zählen. Zu der Gruppe der unsicher-vermeidenden zählen etwa 30-40 Prozent und etwa 10-20 Prozent zählen zur Gruppe der unsicher-ambivalent gebundenen Kindern (1).

1.1.3 Repräsentation der Bindung im Erwachsenenalter

Die vorher beschriebene „Fremde Situation“ bezieht sich auf die Exploration des Bindungsverhaltens von Kleinkindern. Mit der Zeit, so wird angenommen, werden in das Bindungsverhalten des Kindes affektive und auch verhaltensbestimmte Erfahrungen in ein generelleres Schema von Bindung integriert, welches einen direkten Anteil im erwachsenen Leben spielen kann (13). Es ist jedoch auch im Erwachsenenalter möglich diesen Konzepten der Bindungsrepräsentation nachzuspüren. Dies geschieht mittels der Erzählungen der erlebten Bindungserfahrungen des Probanden, der Probandin.

Mit Hilfe des halbstrukturierten Interviews „Adult Attachment Interview“ (AAI), welches von Mary Main entwickelt wurde, lässt sich die Bindungsrepräsentation von Erwachsenen erfassen. In diesem Gespräch werden die Personen über ihre Kindheit und ihre Beziehung zu den nahestehenden Bezugspersonen befragt. Erinnerungen, in welchen den befragten Personen Trost spendet wurde, auf ihren Kummer eingegangen wurde, stehen im Mittelpunkt der Befragung. Die Auswertung erfolgt mittels einer spezifischen linguistischen Analyse, in deren Focus die Kohärenz des Gesagten steht.

Bei Erwachsene können demnach folgende vier Bindungsrepräsentationen vorliegen:

Sicher organisierte innere Repräsentation mit einer wertschätzenden Einstellung zur Bindung („free autonomous“)

Die Personen, welche zu dieser Gruppe zählen, berichten von positiven Erlebnissen mit ihren Bezugspersonen. Sie berichten von Erlebnissen, in welchen sie Trost und liebevolle

Fürsorge erhalten haben. Es ist den Erwachsenen möglich, erlebte Schmerz, Trennungs-, oder Verlusterfahrungen differenziert zu berichten. Die Berichte dieser Personen zeichnen sich durch ein hohes Maß an selbstreflexiver Fähigkeit aus (12).

Unsicher-vermeidend organisierte innere Repräsentation mit einer abwertenden Einstellung zur Bindung („dismissing“)

Idealisierte Berichte über die Beziehung zu den Elternteilen, generell jedoch wenig Erinnerungen an die eigene Kindheit zeichnen die Berichte der Personen aus, welche zu dieser Gruppe gezählt werden können.

Unsicher-ambivalent organisierte innere Repräsentation mit einer verstrickten Einstellung zur Bindung („enmeshed, preoccupied“)

Interviews, welche endlos wirken, eine Fülle an Details enthalten, welche sich auch widersprechen, zeichnen diese Gruppe von Erwachsenen aus. Den Betroffenen selbst sind diese inhaltlichen Verstrickungen nicht bewusst.

Unsicher organisierte innere Repräsentation der Bindung mit ungelöstem Trauma und/oder Verlust („unresolved trauma of loss, fearful“)

Berichte, in welchen Desorganisation und Desorientierung kennzeichnend sind, in welchen Inkongruenz auf der Ebene des Inhalts, des Beschreibens des Selbsterlebens und des gedanklichen Ablaufs dominieren, erhält man von Patientinnen und Patienten der Gruppe einer unsicher organisierten inneren Repräsentation. Häufig finden sich in den biographischen Anamnesen der betreffenden Personen Traumata (extreme Verluste, Misshandlungen, Missbrauch, etc.).

Neben dem AAI, entwickelte Carol George, den „Adult Attachment Projective Test“ (AAP). Hierbei wird den zu untersuchenden Personen eine Bildtafel gezeigt, auf welcher undetailliert gezeichnet, eine bindungsspezifische Konfliktsituation zu sehen ist. Der Proband bzw. die Probandin wird von der testleitenden Person gebeten zu dem Bild eine Geschichte zu erzählen. Aus dem Gesagten kann mit Hilfe eines Analysesystems dann auf die jeweilige Bindungsrepräsentation geschlossen werden.

1.2 Bipolar Affektive Erkrankung

Eine Wechsel von depressiven und (hypo-) manischen Phasen, kennzeichnet das Erkrankungsbild der bipolar affektiven Störung (14). Das Diagnostic and Statistic Manual of Mental Diseases (DSM) unterscheidet zwischen Bipolar I und auch Bipolar II Erkrankung. Im International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) fehlt diese explizite Unterscheidung, Bipolar II fällt dort unter F31.8; sonstige bipolare affektive Störungen. Im ICD-10 wird die Hauptdiagnose der bipolar affektiven Störung mit den jeweiligen, aktuell in einer Phase auftretenden, Symptomen kodiert. Da in den meisten Publikationen nach dem amerikanisch geprägten DSM-5 klassifiziert wird, soll auch dieser hier Verwendung finden. Wohlwissend, dass im europäischen Raum die Verwendung des ICD-10 als Standard gilt.

1.2.1 Epidemiologie

Die Prävalenz der Bipolaren Erkrankung liegt bei etwa 1% für die Bipolar-I-Störung, wohingegen die Bipolar-II-Störung eine Prävalenz von 2-3% aufweist. Im Geschlechtervergleich finden sich bipolare Erkrankungen bei Frauen und Männern gleichermaßen verteilt. Klassische Symptome der bipolar affektiven Störungen setzen meist um das 20. Lebensjahr ein, und werden somit etwa 10 Jahre vor einer unipolaren Depression manifest. Bei rund der Hälfte der Betroffenen, beginnt die Krankheit vor dem 20. Lebensjahr; somit meist in der späten Adoleszenz, häufig jedoch noch mit unspezifischen psychischen Alterationen. Unterschiede bezüglich der Erstmanifestation scheint es zwischen den beiden Gruppen Bipolar I und Bipolar II kaum zu geben, aber es scheint eine geringgradige Tendenz zu geben, dass Bipolar II sich erst später manifestiert. Männer mit einer bipolaren Erkrankung scheinen, im Vergleich zu Frauen mit einer bipolaren Erkrankung, 4 bis 5 Jahre früher davon betroffen zu sein (15).

1.2.2 Ätiopathogenese

Bisherige Forschungsergebnisse zeigen Hinweise auf einige ätiopathogenetisch relevante Prozesse. Es ist davon auszugehen, dass die bipolaren Erkrankungen Resultat eines komplexen Zusammenspiels verschiedenster Faktoren darstellen. Einen gewichtigen Beitrag spielen dabei die Genetik und Epigenetik, Chronobiologie und zirkadiane Rhythmik, Neuropathologien, neurobiochemische Ursachen, Neuropsychoendokrinologie, Neuroplastizität und Persönlichkeitsfaktoren, als auch psychosoziale Faktoren. Da es zu der Entwicklung der bipolar affektiven Störungen noch keine allumfassende Erklärung gibt, sondern nur mögliche Theorien im Raum stehen, ist es nicht verwunderlich, dass eine etwaige Früherkennung der Erkrankung noch in den Kinderschuhen steckt (14).

Als prodromal, wegweisende klinische Risikofaktoren konnten identifiziert werden: früh einsetzende Panikattacken oder Panikstörungen, Angst vor Trennung, generalisierte Angststörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS), Impulsivität und kriminelles Verhalten (16). Insgesamt sind diese möglichen Prodromalsymptome auch als Prodromalsymptome anderer psychischen Erkrankungen bekannt und damit relativ unspezifisch und für die Früherkennung ungeeignet.

1.2.2.1 Genetische Faktoren

Durch Studien, vor allem aus dem Bereich der Zwillingsforschung, gilt es als gesichert, dass genetisch vor allem eine Vulnerabilität vererbt wird. Beträgt das durchschnittliche Erkrankungsrisiko für eine bipolar affektive Störung etwa zwischen ein bis zwei Prozent, so haben Verwandte ersten Grades von bipolar Erkrankten ein deutlich erhöhtes Risiko von 15 bis 20 Prozent eine affektive Erkrankung zu entwickeln. Davon entwickeln etwa acht Prozent eine bipolare Verlaufsform. Für Kinder von Eltern, welche beide eine Bipolar Affektive Störung haben, steigt das Risiko auf etwa 50 Prozent (14,17).

Noch gelang es nicht, eindeutige Gene auszumachen, welche ein Erklärungsmodell für die Entstehung der Krankheit liefern, es ist jedoch eine multifaktorielle und polygene Ätiopathogenese bekannt (14,17,18).

Aktuelle Forschungsfragen beschäftigen sich mit einer Gen-Umwelt-Interaktion, also der Frage in wie weit belastende Umweltfaktoren, wie zum Beispiel traumatische Ereignisse der Kindheit, Einfluss nehmen auf Vulnerabilitätsgene (17). So unterscheidet sich beispielsweise die Methylierung des Uhren-Gens ARNTL (Aryl Hydrocarbon Receptor Nuclear Translocator-Like Protein 1), welches eine wesentliche Rolle im circadianen Rhythmus des Menschen spielt, deutlich zwischen einer gesunden Kontrollgruppe und einer Gruppe an Bipolar Affektiven Störungen Erkrankter (19).

Unter Epigenetik versteht man die Veränderung von Teilen des genetischen Materials, wie etwa der Methylierung der Desoxyribonukleinsäure (DNA), durch unmittelbare Umweltfaktoren. Studien hierzu haben gezeigt, dass frühe soziale Interaktionen, allen voran die frühe Erfahrung des Umsorgt-werdens, einen potentiell entscheidenden Faktor zwischen genetischer Vulnerabilität und der Beeinträchtigung von seelischer Gesundheit darstellen. Als Beispiel sei an dieser Stelle erwähnt, dass vermehrt erfahrener Stress zu einer Veränderung des Glucocorticoid Rezeptor Gens führt (20-22).

1.2.2.2 Neurobiochemische Faktoren

Da Substanzen, welche Einfluss auf die Konzentration aminerg Neurotransmitter im synaptischen Spalt nehmen, auch in den Affekt eingreifen, postulierte man die Monoaminmangel-Hypothese (Noradrenalin, Serotonin, Dopamin). Jedoch kann mit dieser Hypothese manches nicht ausreichend erklärt werden. Die Frage warum trizyklische Antidepressiva bzw. tetrazyklische Antidepressiva ihre Wirkung erst nach ein bis zwei Wochen zeigen, wenn gleich der pharmakologische Effekt sofort nachweisbar ist, oder auch die Frage warum Antidepressiva, welche weder noradrenerg noch serotonerg wirken, eine Wirksamkeit aufweisen, lassen sich durch diese Hypothese nicht beantworten (17). Manche Autoren betrachten die intrazelluläre Natrium- und Kalziumdysregulation als ausschlaggebenden Punkt der Ätiopathologie. So erklärt man bei den Medikamenten Lithium, Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin einen Teil ihrer stimmungsstabilisierenden Wirkung unter anderem mit ihrer Gemeinsamkeit des Kalziumantagonismus (14).

1.2.2.3 Neuroendokrine Faktoren

Eine vermehrte Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA), lässt sich als die am besten gesicherte biologische Abnormalität bei Patientinnen und Patienten mit einer bipolar affektiven Störung betrachten (14,23).

Verschiedene Hormone nehmen Einfluss auf die HPA. So werden als Antwort auf erlebten Stress vom Hypothalamus Hormone wie Corticotropin und Vasopressin freigesetzt, welche in weiterer Folge die Nebenniere dazu anregen Cortisol zu sezernieren (24).

So findet sich bei den an einer bipolar affektiven Störung Erkrankten unter anderem eine erhöhte basale Kortisol Freisetzung, und auch eine erhöhte Sekretion des adrenokortikotropen Hormons. Zudem findet sich eine Down-Regulation der Rezeptoren für das Kortikotropin-Releasing-Hormon (14).

Studien gehen davon aus, dass bei Patientinnen und Patienten eine Störung im Bereich der Feedback-Mechanismen vorliegt. Durch eine mehrwöchige Gabe von Antidepressiva im Tierversuch, kam es zu einer Heraufregulation von Kortisolrezeptoren im Hippocampus. Demnach wäre eine gestörte Rückantwort der Hypothalamus-Hypophysen-Achse wieder ausgeglichen (17).

Diese Variation in der HPA-Achse könnte das Resultat verschiedener genetischer Hintergründe, aber auch von Faktoren des Umfelds wie etwa stressauslösender Lebensumstände sein (24-26).

Es konnte gezeigt werden, dass Antidepressiva und auch Stimmungsstabilisierer wie Lithium und Carbamazepin einen normalisierenden Einfluss auf die HHA haben (27,28).

1.2.2.4 Bildgebende Verfahren

Mittels bildgebender Verfahren wie der Magnet Resonanz Tomographie (MRT) konnte man bei Patientinnen und Patienten welche an einer bipolar affektiven Störung leiden feststellen, dass es im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen zu Volumenänderungen kommt. So findet sich bei dem erkrankten Kollektiv eine signifikante Vergrößerung der Ventrikel und eine signifikante Volumenminderung in Hippocampus, Thalamus und Amygdala. Viele andere, wenngleich unspezifische Veränderungen bei bipolarer Erkrankung wurden in der Literatur bereits beschrieben (14,17).

1.2.2.5 Psychosoziale Faktoren

Forschung aus dem Themenbereich der Persönlichkeit und des Temperaments, legen nahe, dass Neurotizismus als markanter Faktor der Persönlichkeit bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen häufiger auftritt als bei gesunden Kontrollgruppen (29).

Bezüglich des Temperaments überwiegen bei Patientinnen und Patienten mit Bipolar Affektiver Störung depressive und cyclothyme Typen (30).

Auch das tägliche Umfeld trägt einen Teil zur Entstehung psychischer Krankheiten bei und kann ausschlaggebend für die Verstärkung von, bereits im Individuum angelegter, Vulnerabilitäten sein. So gelten negative Lebensereignisse als sichere Prädiktoren für das erhöhte Risiko eines Rückfalls, als auch für die Verlängerung der Genesung aus einer depressiven Episode (29). Personen, welche alleine leben, einen geringeren sozioökonomischen Status besitzen, und arbeitslos sind, haben ein deutlich erhöhtes Risiko an einer affektiven Krankheit zu leiden (15). Geschiedene, getrennte oder verwitwete Personen haben häufiger schwere depressive Störungen oder eine Bipolar Affektive Erkrankung (15).

Die sozialen Beeinträchtigungen der Erkrankung (eher alleine zu leben, einen niedrigeren Bildungsstatus zu besitzen, eher arbeitslos zu sein) bestehen zum Teil in der Unbeständigkeit, hervorgerufen durch den phasischen Verlauf der Erkrankung, wie auch in dem herabgesetzten Vermögen gesunde Bindungsmuster zu etablieren, welche als Blaupause für beständige Beziehungen dienen können (31).

Die nachfolgenden Unterkapitel beschäftigen sich daher mit den Auswirkungen des familiären Umfelds auf Personen welche an einer bipolar affektiven Störung erkrankt sind, als auch mit dem Einfluss welche erkrankte Elternteile auf ihren Nachwuchs haben.

1.2.2.5.1 PatientInnen und deren Aufwachsen

Wie weiter oben bereits beschrieben, sind die ätiopathogenetischen Mechanismen der bipolar affektiven Störung noch nicht vollständig geklärt. Jedoch scheint es deutliche Hinweise auf etwaige Vulnerabilitäten zu geben (vgl. Kapitel 1.3.2). Im Bereich des sozialen Umfelds scheinen folgende Faktoren bereits bestehende Vulnerabilitäten zu verstärken: in der Kindheit erfahrener sexueller, physischer oder auch verbaler Missbrauch, Kindesvernachlässigung, ein häufigeres Auftreten von Lebensereignissen, High-Expressed-Emotion (häufiges ausgesetzt sein von Kritik, Feindseligkeit, Zwietracht) im familiären Umfeld (29,32,33).

High-Expressed-Emotions (HEE) stellen einen Indikator für Stress innerhalb des familiären Umfelds dar. Damit wird ein Verhalten des umsorgenden Umfelds (Eltern, Ehepartner bzw. Ehepartnerin) beschrieben, welches dominiert wird durch das Ausdrücken von Kritik, Feindseligkeit, aber auch wird damit übermäßiges Eingreifen in das Leben des Anderen, eine Überfürsorglichkeit beschrieben. Erfasst werden HEE mit Hilfe eines strukturierten Interviews (29).

Studien im Tiermodell zeigten, dass für die artgerechte Entwicklung der Jungtiere eine Trennung der Mutter negative Effekte nach sich zieht. So zeigte sich in Separationsexperimenten bei Ratten, welche früh Trennung vom Muttertier erfahren haben, höhere Werte der Genexpression des corticotropin-releasing factors im Hypothalamus und auch im gesamten limbischen System (34). Der corticotropin-releasing factor steht in enger Verbindung mit der Hypothalamus-Hypophysen-Achse (HHA), und wird vermehrt bei Stress transkribiert (siehe Kapitel 1.3.2.3). Dieser erhöhte chronische Stress ist in der frühen Phase der Entwicklung als besonders kritisch zu betrachten, da er in eine vulnerable Phase der neurobiologischen Entwicklung fällt.

Auf Ebene der Neurotransmitter, kommt es in einer Situation des Verlassen-werdens zu einem Anstieg des zentralen und peripheren Noradrenalins, im Hypothalamus zu einem Anstieg der Freisetzung des Serotonins, und des Weiteren lässt sich ein erhöhter Kortisolwert im Plasma finden (1).

Studien zum Thema der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD, post traumatic stress disorder) konnten belegen, dass Personen, welche in einem Umfeld aufwuchsen, welches sich durch emotionale Fürsorge und eine Förderung der Selbstständigkeit auszeichnete, im Erwachsenenalter ein geringeres Risiko hatten eine PTSD zu entwickeln(35). Diese Beschreibung der elterlichen Rolle als sichere Basis, von welcher aus es dem Kind möglich wird die Umwelt zu erforschen, aber auch als sicherem Hafen, zu welchem das Kind in Zeiten der Aufruhr zurückkehren kann, entspricht der Definition, die Bowlby für eine sichere Bindung fand (vgl. Kapitel 1.1).

Kommt es in einer Familie zu Trennung, Tod einer Elternperson, so begünstigen diese negativen Lebensereignisse das Auftreten von affektiven Erkrankungen im späteren Leben des Kindes (15).

So wird das Umfeld, in welchem ein an bipolar affektiver Erkrankung leidender Patient, eine an bipolar affektiver Störung leidende Patientin aufwächst, als weniger fürsorglich, jedoch sehr kontrollierend von Seiten der Eltern beschrieben (36). Und entspricht damit einem Umfeld, in welchem die Ausbildung einer sicheren Bindung erschwert zu sein scheint.

Auch im Hinblick auf Suizid, dem bedeutendsten Faktor bezüglich Mortalität, scheint Familie eine große Rolle zu spielen. Blickt man, der Bindungstheorie folgend, auf das familiäre Umfeld der Betroffenen, so lässt sich feststellen, dass an Bipolar I erkrankte Menschen mit vorausgegangenen Suizidversuchen, die Familienfunktion negativer wahrnehmen, als Patientinnen und Patienten ohne Suizidversuche. Vor allem familiäre Kompetenzen, wie zum Beispiel der Fähigkeit zur Kommunikation innerhalb des Familienbundes oder dem Rollenverständnis innerhalb der Familie, werden sowohl von den an Bipolar I Erkrankten als auch von deren Familien als schlechter empfunden (37).

Unter den an Bipolar-I-Störung als auch Bipolar-II-Störung Erkrankten, erlebten die Personen, welche vermehrt chronischem Stress im familiären Umfeld und in romantischen Beziehungen ausgesetzt waren, länger anhaltende depressive Episoden (38).

Es konnte des Weitern gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten, welche in der ersten Phase des Auftretens der Krankheit über stresserfüllte Lebensumstände berichteten, schlechter auf Lithium ansprechen als Personen welche diese Lebensumstände nicht berichten (24). Somit existieren Hinweise, dass ein sicheres Umfeld nicht nur der

Entwicklung einer bipolar affektiven Störung entgegenwirkt, sondern auch eine therapeutische Wirkung unterstützen kann.

Da sich Bindungen in mannigfaltiger Weise formen (ausgehend von der ersten Bindungserfahrung zwischen den Kindseltern, das familiäre weitere Umfeld, Freundschaften, romantische Beziehungen, Beziehungen im Arbeitsumfeld), gibt es eine ebenso große Anzahl an Studiendesigns. Bindungstheoretische Studien im Umfeld der bipolar affektiven Störungen sind jedoch spärlich. Noch schwerer ist es diese Arbeiten zu vergleichen, da sie meist von unterschiedlichen Definitionen der Bindungen (familiäres Umfeld beim Aufwachsen, romantische Bindungen, Erfassen der Bindungsrepräsentation) ausgehen. Ihnen allen scheint jedoch gemein zu sein, dass sich in der Gruppe der Erkrankten etwa doppelt so häufig ein unsicheres Bindungsverhalten findet als in gesunden Vergleichsgruppen (31).

1.2.2.5.2 Aufwachsen mit kranken Elternteilen

Affektive Störungen verändern das Gefüge einer Familie. So gehen mütterliche und auch väterliche depressive Symptome für das Kind mit einigen Bürden einher, so erleben diese Kinder weniger elterliche Zuneigung, sie erleben die Eltern eher kontrollierend und die Kinder berichten des Weiteren häufiger von Probleme (39).

Psychiatrische Erkrankungen der Eltern sind mit einem höheren Risiko von psychologischen und entwicklungsbezogenen Problemen der Kinder verbunden. So zeigte sich in Studien, dass Kinder deren Mütter an einer postpartalen Depression litten, 11 Jahre später einen deutlich reduzierten IQ aufwiesen, mehr Aufmerksamkeitsprobleme zeigten und vermehrt Schwierigkeiten mit mathematischen Fragestellungen hatten (40). Es konnte auch gezeigt werden, dass ein Jahr nach dem Einleiten einer Therapie (Citalopram aber auch andere Antidepressiva, kognitive Verhaltenstherapie oder eine Kombination aus diesen) für Mütter mit postpartaler Depression, nicht nur eine Besserung der Befunde der Mutter zu beobachten war, sondern auch die psychiatrischen Auffälligkeiten des Nachwuchses sich minimierten (41).

Kinder von Elternteilen, welche an einer depressiven Erkrankung leiden, haben ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Morbidität und Mortalität, welches bis ins mittlere Alter anhält(42). Des Weiteren zeigte sich bei den Kindern Betroffener, dass sie eher dazu neigen Probleme zu Internalisieren beziehungsweise Externalisieren. Darunter versteht man das Aufbehalten von Problemen bei sich oder die Übertragung von Problemen weg

von sich auf eine andere Person projizierend. Kinder, welche sich diese, als ungünstig geltenden, Mechanismen der Problembewältigung angeeignet haben, werden eher von ihrer gleichalten Umgebung ausgeschlossen (39). Im weiteren Verlauf ihres Lebens entwickelten diese Kinder, verglichen mit Kindern nicht erkrankter Eltern, eher Angststörungen, Schlafstörungen und auch schwerere affektive Störungen und des Weiteren zeigten sie häufiger Substanzmissbrauch, und ein höheres Auftreten von Risikoverhalten im Sexualleben; bei der Mehrheit beschrieb diese Aufzählung auch die chronologische Evolution der Psychopathologie welche zu einer bipolar affektiven Störung führt (43,44).

Auch eine Übertragung des Risikos von einer Generation auf die übernächste Generation (von den Großeltern auf die Enkelgeneration) besteht. So konnte gezeigt werden, dass die Potenzierung eines höheren Risikos für eine Major Depression nicht nur von einer auf die andere Generation übertragen wird, sondern dass das Risiko auch steigt, wenn zusätzlich eine Person der davor folgenden (großelterlichen) Generation an einer Major Depression erkrankt war (45).

Im Fokus der Forschungsarbeiten stand häufig die Bindung zwischen Kind und Kindsmutter, jedoch sei hier auch deutlich darauf hingewiesen, dass auch der väterliche Anteil eine erhebliche Rolle spielt (46).

Viele der Studien beziehen sich auf andere psychiatrische Erkrankungen wie die unipolare Depression, oder Substanzmissbrauch. Nur wenige Arbeiten beschäftigten sich explizit mit dem Vorliegen einer bipolar affektiven Störung bei einem Elternteil und den Auswirkungen auf den Nachwuchs. Auch wenn aus epidemiologischen Daten hervorgeht, dass Erwachsene, deren Eltern an einer bipolar affektiven Störung leiden ein bis zu zehn Mal höheres Risiko besitzen selbst daran zu erkranken (46).

Speziell auf Kinder, von welchen eines, oder auch beide Elternteile, an einer bipolar affektiven Störung erkrankt sind, bezieht sich eine aktuelle Metaanalyse von Lau et al. (47). Auch darin konnte die Tendenz, welche im Bereich anderer affektiver Störungen gefunden wurde, bestätigt werden. So zeigten die Kinder Betroffener, im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen, ein neunfach erhöhtes Risiko selbst an einer bipolar affektiven Störung zu erkranken, ein etwa 2,5-fach erhöhtes Risiko an einer anderen affektiven Störung zu erkranken und ein etwa doppelt so hohes Risiko zumindest eine Angststörung

zu entwickeln. Des Weiteren konnte die Metaanalyse darstellen, dass auch das Risiko anderer Psychopathologien, wie etwa ADHS, oder eines Substanzmissbrauchs, bei dem Nachwuchs bipolarer Patientinnen und Patienten gesteigert ist (47).

Das bereits oben erwähnte Modell, bezüglich des Einfluss des früh erlebten Stress auf die kindliche Entwicklung, könnte erklären, warum Kinder von erkrankten Elternteilen ein so deutlich erhöhtes Risiko besitzen. Zum einen werden sie schon mit einem höheren genetischen Risiko geboren. Zum anderen nährt das emotional unstete Wesen der bipolar affektiven Störungen die Unsicherheit des Kleinkinds sowohl in epigenetischer als auch in bindungstheoretischer Hinsicht (31).

Bezüglich der Unterscheidung zwischen Kindern von Patientinnen und Patienten mit Bipolar-I-Störung und Kindern von Patientinnen und Patienten mit Bipolar-II-Störung, scheint die Bipolar-I-Störung mit einem höheren Risiko für die Kinder vergesellschaftet zu sein (48).

Prinzipiell gibt es wenige Studien zum Bindungsverhalten von Kindern welche Eltern haben die an einer bipolar affektiven Störung leiden. Bestehende Studien konnten jedoch deutliche Hinweise liefern, dass das Bindungsverhalten in der „Fremden Situation“ (vgl. Kapitel 1.1.2) als unsicher zu beschreiben ist. Die Eltern-Kind-Beziehung dieser Gruppe wird als signifikant auffällig beschrieben, da sie weniger Wärme, Fürsorge und Vertrautheit aufweist (31).

Ein Kind sollte als Reaktion auf sein Unbehagen mit einer angemessenen und vorhersehbaren Antwort der Eltern rechnen können. Je eher diesem Wunsch entsprochen werden kann, desto sicherer ist die Bindung anzunehmen. Es ist denkbar, dass betroffene Eltern in ihren Fähigkeiten, der Beantwortung der Bedürfnisse des Kindes, nicht nur in den Hochphasen der Manie oder den Tiefphasen der Depression beeinträchtigt sind. Auch die Unbeständigkeit und der innere Aufruhr der chronischen Symptome dieser Krankheit, trägt dazu bei, die Fähigkeit einzuschränken effektive Co-Regulatoren für das Kind zu sein (31). Mütterliche als auch väterliche depressive Symptome stehen in einer Verbindung mit den Bindungsrepräsentationen „fearfull“, „preoccupied“ und der unsicheren Repräsentation (39).

An dieser Stelle sei erwähnt, dass neben dem bisher beschriebenen Risiko und der zusätzlichen Belastung ein weiterer Faktor relevant ist, welcher meist wenig Beachtung

findet. Denn auch positive Erlebnisse spielen eine Rolle. Auch wenn alle Kinder berichten eine erhöhte emotionale Belastung durch die Erkrankung der Eltern zu erleben, so berichten etwa 20 Prozent der Kinder erkrankter Eltern, dass sie ein Zusammenwachsen der Familie erleben (49). Die Forschung zu den positiven Effekten ist jedoch kaum ausgeprägt und Aussagen bezüglich der negativen Auswirkungen sind wissenschaftlich wesentlich fundierter.

1.2.2.5.3 Partnerschaft und Sexualität

Verglichen mit der durchschnittlichen Bevölkerung sind Patientinnen und Patienten welche an bipolar affektiven Störungen leiden eher unverheiratet und auch öfter geschieden (50,51).

Verheiratete Frauen, welche an einer bipolar affektiven Störung erkrankt waren, hatten in einem Verlauf von zwei Jahren weniger depressive Episoden, und die beschriebenen Episoden waren weniger schwer, als nicht verheiratete Frauen. Bei erkrankten Männern, stellte man im selben Zeitraum fest, dass nicht verheiratete Männer eher eine Bipolar-I-Störung hatten und die Erkrankung, verglichen mit verheirateten Männern, früher ausbrach (52).

Bezüglich der Fruchtbarkeit der Erkrankten scheint es in einer Metaanalyse Hinweise zu geben, dass diese, verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung, herabgesetzt ist (53). Befragt man verheiratete Paare danach welchen Einfluss die Erkrankung auf den Erkrankten, die Erkrankte hat, so geben diese an, dass sie durch die Erkrankung emotionale Auswirkungen erfahren, sie eher dazu angehalten sind die Verantwortung für Selbstfürsorge zu übernehmen, und sie berichten des Weiteren über soziale Hürden auch im Sinne einer beruflichen Weiterentwicklung. Die gesunden Ehepartnerinnen und Ehepartner beschreiben eine höhere Opferbereitschaft an den Tag legen zu müssen (zum Beispiel die Aufgabe des Wunsches mehr Kinder zu haben, chronischen Schlafmangel zu erfahren, das Gefühl weniger Zeit und Energie zu haben um über sich selbst nachzudenken) (54).

Eine romantische Beziehung ist eine wichtige Quelle der Sicherheit, vermag sie Trost zu spenden in Zeiten emotionaler Unruhe. Wie bereits im Kapitel 1.1 ausgeführt, werden die ersten Erfahrungen der Bindung im Lauf des Erwachsenwerdens zu internalisierten Arbeitsmodellen, welche prägen wie das Individuum auf bindungsrelevante Gedanken, Verhaltensmuster und Emotionen reagiert. Des Weiteren prägen sich mit der Zeit Reaktionen auf Bedrohungen dieser Bindung aus. Sicher gebundene Menschen schaffen es somit ihre Partnerin, ihren Partner als Quelle des Trostes und Regulation der Emotionen zu

nutzen. Vice versa stellen auch sie diese Quelle dar. Unsicher gebundene Menschen hingegen haben diese Art der sicheren Beziehung nie kennengelernt und gehen somit unbewusst davon aus, dass ihr Gegenüber nicht stets für sie erreichbar ist oder entsprechend auf ihre emotionalen Notlagen reagieren kann (4,8). Somit beeinflussen die Erfahrungen und inneren Bindungsrepräsentationen stark wie in Paarbeziehungen mit Konflikten umgegangen wird (55). Auch gibt es Theorien welche davon ausgehen, dass Menschen welche unsicher gebunden sind Informationen aus dem Beziehungserleben auf eine Art und Weise verarbeiten, die sie in weiterer Folge empfänglicher für Depressionen macht (56).

1.2.2.6 Integrative Biospsychosoziale Modelle

Die oben geschilderte Vielschichtigkeit muss in der Betrachtung der Ätiologie und Pathogenese der bipolar affektiven Störungen eine Entsprechung finden. Einseitige Blickwinkel greifen zu kurz. Im Sinne des Bio-Psycho-Sozialen-Modells, sollten die Veränderungen auf biologischer Ebene, wie beispielweise Volumenänderungen in bestimmten Arealen des Zentralnervensystems oder eine etwaige Schiefelage auf Ebene der Neurotransmitter, als gleichwertig betrachtet werden wie Stressoren des Umfelds und auch die psychologischen Aspekte der Genese (57).

Ein weiteres Modell, welches das Zusammenspiel von psychosozialen Stressoren und affektiven Störungen versucht darzustellen, ist das „kindling model“. Der Name „kindling“ (zu Deutsch etwa „befeuern“) leitet sich von Experimenten an Mäusen ab, bei welchen die Amygdala mittels elektrischer Spannung angeregt wird um einen epileptischen Anfall auszulösen. Zu Beginn wird eine höhere Stromeinheit benötigt. Von Mal zu Mal wird jedoch weniger Energie benötigt, um die Amygdala zum „Feuern“ anzuregen (58).

Dieser Analogie folgend, geht man bei dem „stress sensitization model“ davon aus, dass Stressoren mit dem Verlauf der Erkrankung immer geringer werden können, jedoch den gleichen Effekt der Affektstörung zeigen können, bis hin zu solch geringen Schwellendosen, dass eine autonome Befeuerung denkbar ist (59,60).

Ergänzend dazu steht das „stress autonomy model“, welches davon ausgeht, dass große Stressoren einen wesentlichen Anteil an der Ausbildung der ersten Episode der Krankheit haben, dann jedoch an Einfluss verlieren, da sich durch das Auftreten der ersten Episode womöglich ein anderer (vermutlich neurobiologischer) Prozess ausbildet, welcher unabhängig von den ursprünglichen psychosozialen Faktoren seine Wirkung entfaltet (61).

Eine entscheidende Rolle scheint bei beiden besprochenen Modellen der direkte Einfluss der Umwelt auf die Genetik zu spielen. So scheint die Epigenetik eng damit verbunden zu sein, das sensitivere Ansprechen auf wiederholte Stressoren, wiederholte affektive Episoden und auf wiederholten Substanzmissbrauch zu erklären (62).

Grundlegend sei an dieser Stelle festzuhalten, dass es in der Literatur zwar Hinweise für das „kindling model“ gibt, dieses jedoch nicht einheitlich in Studien bestätigt werden konnte und somit weitere Forschungsarbeit auch im Sinne eines ausgeklügelten Studiendesigns notwendig sein wird (60).

1.2.3 Unterteilung der Bipolar Affektiven Störungen

Dem DSM in seiner 5. Auflage folgend, wird in den nachfolgenden Kapiteln die Unterteilung der Bipolar Affektiven Störungen in ihre Untergruppen der Bipolar-I-Störung, der Bipolar-II-Störung sowie der Zykllothomia dargestellt.

1.2.3.1 Bipolar-I-Störung

Bezeichnend hierfür ist die manische Phase. Bei einer Bipolar-I-Störung müssen die Kriterien einer manischen Phase erfüllt sein (Table 1). Phasen der Hypomanie (Table 2) oder der Depression (Table 3) können, müssen aber nicht, im Lauf des Lebens auftreten (63).

Gehobene Stimmungslage, ständige und unkritische Begeisterung, Affektlabilität, erhöhtes Selbstwertgefühl, Größenwahn, vermindertes Schlafbedürfnis, eine laute gehetzte Sprache, davonrasende Gedanken und ein ungewöhnliches Sexualverhalten sind ein paar der charakteristischen Symptome für eine Manie (14).

Statistisch findet sich eine Bipolar-I-Störung häufiger bei Menschen die geschieden, getrennt oder verwitwet sind, als bei Menschen die nie verheiratet waren oder in Ehe leben (15,63).

Table 1 - DSM-V Kriterien für manische Episode(63)

Diagnostische Kriterien nach DSM-5 für eine manische Episode	
A	Eine abgegrenzte Periode von abnorm und anhaltend gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung und abnorm und anhaltend gesteigerter zielgerichteter Aktivität oder Energie von mindestens einer Woche Dauer
B	Während der Periode der Stimmungsveränderung und gesteigerter Energie oder Aktivität bestehen mindestens drei (bei nur reizbarer Stimmung mindestens vier) der folgenden Symptome in einem deutlichen Ausmaß und stellen eine deutliche Veränderung dar:
	1. übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen
	2. vermindertes Schlafbedürfnis
	3. vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang
	4. Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasen
	5. erhöhte Ablenkbarkeit
	6. Zunahme zielgerichteter Aktivität (im sozialen, beruflichen/schulischen oder sexuellen Bereich) oder psychomotorische Unruhe
	7. übermäßige Beschäftigung mit Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B.: unkontrollierte Einkäufe, vermehrte sexuelle Abenteuer)
C	Die affektive Störung ist schwer genug, um deutliche soziale oder berufliche Funktionsbeeinträchtigungen zu verursachen oder eine Hospitalisierung zur Abwendung einer Selbst- oder Fremdgefährdung erforderlich zu machen oder es sind psychotische Symptome vorhanden.
D	Die Episode ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

1.2.3.2 Bipolar-II-Störung

Sind die Kriterien für eine aktuelle, oder auch vergangene hypomane Phase (Table 2), von mindestens vier Tagen, erfüllt und des Weiteren die Kriterien für eine Major Depression (Table 3), mit einer Mindestdauer von zwei Wochen, so spricht man von einer Bipolar-II-Störung (14,63).

Table 2 - DSM-V Kriterien für hypomane Episode(63)

Diagnostische Kriterien nach DSM-5 für eine hypomane Episode	
A	Eine abgegrenzte Periode von abnorm und anhaltend gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung und abnorm und anhaltend gesteigerter Aktivität oder Energie an mindestens vier aufeinanderfolgenden Tagen, welche die meiste Zeit des Tages an fast allen Tagen vorhanden sind.
B	Während der Periode der Stimmungsveränderung und gesteigerter Energie oder Aktivität bestehen mindestens drei (bei nur reizbarer Verstimmung mindestens vier) der folgenden Symptome in einem deutlichen Ausmaß und stellen eine deutliche Veränderung des üblichen Verhaltens dar
	1. übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen
	2. vermindertes Schlafbedürfnis
	3. vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang
	4. Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasen
	5. erhöhte Ablenkbarkeit
	6. Zunahme zielgerichteter Aktivität (im sozialen, beruflichen/schulischen oder sexuellen Bereich) oder psychomotorische Unruhe
7. übermäßige Beschäftigung mit Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B.: unkontrollierte Einkäufe, vermehrte sexuelle Abenteuer)	
C	Die Episode geht mit einer eindeutigen und für den Betroffenen untypischen Veränderung des Funktionsniveaus im Vergleich zu symptomfreien Zeiten einher.
D	Die Stimmungsveränderung und Veränderung im Funktionsniveau sind für andere beobachtbar.
E	Die Episode ist nicht schwer genug, um deutliche soziale oder berufliche Funktionsbeeinträchtigungen zu verursachen oder eine Hospitalisierung erforderlich zu machen. Treten psychotische Merkmale auf, wird die Episode, per definitionem als manisch klassifiziert.
F	Die Episode ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz.

Für die Diagnose einer Major Depression, müssen laut DSM-5 folgende Kriterien A bis C erfüllt sein (Table 3).

Table 3 - DSM-V Kriterien für Major Depression(63)

Diagnostische Kriterien nach DSM-5 für eine Major Depression	
A	<p>Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber dem vorher bestehenden Funktionsniveau dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.</p> <p>Auszuschließen sind Symptome, welche eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor bedingt sind.</p>
	1. Depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages an fast allen Tagen, von der betroffenen Person selbst berichtet oder von anderen beobachtet.
	2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen oder für die meiste Zeit des Tages.
	3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme; oder verminderter oder gesteigerter Appetit.
	4. Insomnie oder Hypersomnie an fast allen Tagen.
	5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen. (Durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung)
	6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
	7. Gefühl von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins).
	8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen.
	9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
B	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
C	Die Episode ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Für die Diagnose einer Bipolar-II-Störung müssen nun die Kriterien für eine hypomane Episode (Table 2) und mindestens eine Episode einer Major Depression (Table 3) erfüllt sein. Des Weiteren darf sich keine manische Episode in der Vorgeschichte des Patienten, der Patientin finden. Kann man das Auftreten der hypomanen und auch der Major Depression Episode mit anderen psychiatrischen Diagnosen besser erklären, so ist von der Diagnose einer Bipolar-II-Störung Abstand zu nehmen (63).

1.2.3.3 Zykllothymia

Erwachsene Erkrankte, welche mindestens zwei Jahre durchgängig Perioden durchleben welche durch hypomane und leicht depressive Symptome gekennzeichnet sind, jedoch die Kriterien für eine Manie oder für die Episode einer Major Depression nicht erfüllen, erhalten die Diagnose einer Zykllothymen Störung (Table 4) (14).

Das Risiko für die Entwicklung einer Bipolar-I-Störung oder Bipolar-II-Störung auf dem Boden der Zykllothymen Störung liegt, je nach Studienlage, zwischen 15 und 50 Prozent (63,64).

Table 4 - DSM-V Kriterin für zykllothome Störung(63)

Diagnostische Kriterien nach DSM-5 für eine zykllothome Störung	
A	Für die Dauer von mindestens 2 Jahren (mindestens 1 Jahr bei Kindern und Jugendlichen) bestehen zahlreiche Perioden mit hypomanen Symptomen, welche nicht die Kriterien für eine hypomane Episode erfüllen und zahlreiche Perioden mit depressiven Symptomen, die nicht die Kriterien einer Episode einer Major Depression erfüllen.
B	Während dieser 2-Jahres-Periode (1 Jahr bei Kindern und Jugendlichen) waren die hypomanen und depressiven Perioden für mindestens die Hälfte der Zeit vorhanden, und die Person war nicht länger als 2 aufeinanderfolgende Monate symptomfrei.
C	Die Kriterien für eine depressive, manische oder hypomane Episode waren nie erfüllt.
D	Die Symptome aus Kriterium A können nicht besser durch eine Schizoaffektive Störung, Schizophrenie, Schizophreniforme Störung, Wahnhafte Störung oder Andere Näher Bezeichnete oder Nicht Näher Bezeichnete Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum und Andere Psychotische Störungen erklärt werden.
E	Die Symptome sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz

	(z.B.: Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors(z.B.: Hyperthyreose).
F	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

1.2.4 Prognose

Die Prognose einer bipolaren Störung ist durch das verzögerte Stellen der Diagnose so wie der damit einhergehenden, verspäteten Einleitung einer entsprechenden Therapie beeinträchtigt.

Patientinnen und Patienten welche an einer bipolar affektiven Störung leiden, erleben eine Herabsetzung der Lebensqualität, auch in den euthymen Phasen der Erkrankung, welche vergleichbar oder gar höher ist als Einschränkungen anderer chronischer Erkrankungen, wie etwa der Multiplen Sklerose oder renalem Nierenversagen (65).

Auch das direkte Umfeld der Betroffenen erlebt Belastungen, welche mit der Schwere der depressiven Symptomatik korrelieren (66).

Patientinnen und Patienten welche an einer Erkrankung der Bipolar Affektiven Störungen leiden, haben eine deutlich erhöhte Mortalität und Morbidität. Dies ist vor allem dem erhöhten Risiko für Suizid geschuldet (14). So begehen etwa 4 % der Patientinnen, Patienten, welche an einer bipolar affektiven Störung leiden innerhalb von 10 Jahren Suizid (67). Das Risiko einer suizidalen Handlung liegt etwa 8mal höher im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung, des Weiteren zeigt sich, dass das Verhältnis von Suizidversuch zu Suizid deutlich unterhalb des Durchschnitts liegt; dies entspricht einer größeren Letalität in der Kohorte der Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (68).

Die in der Forschung gefundenen Risikofaktoren für Suizid lassen sich getreu dem bio-psycho-sozialen Modell in folgende drei Bereiche unterteilen.

- Zu den klinisch relevanten Risikofaktoren zählen biologische, durch die Erkrankung bestimmte, Faktoren wie zum Beispiel akute, schwere depressive Episoden, vorausgegangene Suizidversuche oder auch ein früher Beginn der Erkrankung. Auch die genetische Vorbelastung durch etwaige an affektiven Störungen erkrankte Familienmitglieder, oder auch Familiengeschichten in welchen Suizid vorkommen, erhöhen das Risiko (69-71).
- Aus dem Bereich der Persönlichkeitsanteile sind aggressive/impulsive Persönlichkeitszüge und ein cyclothymes Temperament mit einem erhöhten Risiko für Selbstmord vergesellschaftet (71,72).

- Dem Umfeld der sozialen Risikofaktoren für Suizid ist die persönliche Geschichte bzw. die Familiengeschichte der erkrankten Person zuzuordnen. So gehen früh erfahrene negative Lebensereignisse (wie zum Beispiel: Trennung oder emotionaler, physischer aber auch sexueller Missbrauch), psychosoziale Stressoren (wie etwa finanzielle Notlagen, Arbeitslosigkeit, Abgeschiedenheit) mit einem erhöhten Risiko einher (70,73).

Studien belegen des Weiteren, dass die Lebenserwartung bei bipolar affektiven Störungen um etwa 10 bis 20 Jahre verkürzt ist. Dafür verantwortlich ist neben der Suizidalität ein erhöhtes Auftreten somatischer zum Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen (14).

1.2.5 Therapie

Die Behandlung der bipolar affektiven Störungen zielt zuerst auf ein Abklingen der affektiven Symptomatik ab und in weiterer Folge auf eine Verhinderung zukünftiger Episoden. Die Therapie ist daher auch mehrdimensional. Im Kern basiert die Behandlung auf drei Säulen.

- Auf biologischen Beobachtungen fußende Therapien, wie die psychopharmakologische Behandlung.
- Auf psychologischer Ebene erfolgt eine Therapie mittels Psychotherapie und Psychoedukation im Einzel- oder Gruppensetting.
- Die soziale Komponente der Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit wird mittels sozialtherapeutischer Maßnahmen behandelt.

1.2.5.1 Pharmakologische Therapie: Rezidivprophylaxe

Bei der Entscheidung, welches Medikament sich zur Rezidivprophylaxe, dem Vorbeugen eines erneuten Auftretens von Symptomen, am besten eignet, ist individuell auf folgende Punkte zu achten (74):

- Blick auf die Wirksamkeit früherer Pharmakotherapie sowohl in der Eigenanamnese als auch gegebenenfalls in der Familienanamnese.
- Die Verträglichkeit einer Substanz, deren Sicherheitsprofil und etwaige bereits gemachte, individuelle Erfahrungen.
- Verlaufsformen der Episoden, beispielsweise ein schnelles Abwechseln der Phasen (rapid cycling)
- Die Bereitschaft des Patienten / der Patientin, die verordneten Medikamente auch einzunehmen (Compliance)
- Das Bestehen weiterer psychiatrischer wie auch somatischer Erkrankungen.
- Bestehen einer Suizidgefährdung des Patienten / der Patientin.

Als effektives Medikament in der Langzeitbehandlung und der Rezidivprophylaxe der bipolaren Störungen, von sowohl manischen als auch depressiven Phasen, wird Lithium betrachtet (74).

Der vollständige Wirkungsmechanismus der Lithiumsalze ist nicht geklärt. Als gesichert gilt jedoch, dass Lithiumionen den Phosphatidylinositol-Stoffwechsel beeinflussen.

Neurotransmitterwirkungen, welche über den Phosphatidylinositol-Stoffwechsel vermittelt werden, werden somit nichtkompetitiv abgeschwächt. Des Weiteren greift Lithium in die zirkadiane Rhythmik verschiedener Neurotransmitter-Rezeptoren ein (75).

Zu den Nebenwirkungen der Langzeittherapie mit Lithium zählen unter anderem, die Entwicklung einer Struma, Auftreten von Tremor, sowie Einschränkungen der glomerulären Filtrationsrate, als auch eine erhöhte Rate an terminaler Niereninsuffizienz. Eine wiederholte Messung des Serumspiegels wird daher empfohlen (74-76).

Im Gegensatz zu anderen Stimmungsstabilisierern, konnte für Lithium eine antisuizidale und mortalitätssenkende Wirkung in Studien bestätigt werden (14,74).

Weitere Substanzen, welche sich zur Rückfallprophylaxe eignen sind: Antikonvulsiva (Carbamazepin, Oxacarbazepin, Lamotrigin, Valproat), atypische Antipsychotika (Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon, Risperidon).

Die oben erwähnten Antikonvulsiva entfalten ihre Wirkung vorwiegend über die Beeinflussung spannungsabhängiger Natrium-Kanäle, diese werden in ihrer Inaktivierung gefördert. Bei schweren Leberstörungen sind diese kontraindiziert. Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Emesis, Nausea und Kopfschmerzen zählen zu den häufigen Nebenwirkungen (75).

Antipsychotika, oder auch Neuroleptika genannt, reduzieren psychomotorische Erregungszustände und senken affektive Spannungen, Zustände der Angst und Trugwahrnehmungen. Man unterscheidet zwischen den beiden Gruppen der klassischen Neuroleptika (älteren Generation, wie zum Beispiel: Phenothiazine oder Butyrophenone(Haloperidol)) und der neueren Generation, den so genannten atypischen Neuroleptika (dazu zählen die trizyklischen atypischen Neuroleptika (Clozapin, Olanzapin) oder auch Benzamide oder Risperidon). Die atypischen Neuroleptika unterscheiden sich vor allem dadurch von ihrer Vorgängergeneration, dass sie weniger extrapyramidale Nebenwirkungen zeigen. Eine häufige und oft limitierende Nebenwirkung besteht jedoch in einer erheblichen Gewichtszunahme (75).

Auch Kombinationstherapien mit Lithium und einem weiteren Präparat sind effektiv. Nicht geeignet für eine Rezidivprophylaxe scheinen Antidepressiva zu sein (14,74).

Auch bei den Antidepressiva ist der genaue Wirkmechanismus nicht geklärt, sie greifen jedoch in den Neurotransmitter-Stoffwechsel und/oder in die Wechselwirkung von Neurotransmitter und Rezeptor ein. Antidepressiva lassen sich, den Angriffspunkten im ZNS folgend, in folgende Gruppen unterteilen (77):

- Nichtselektive Monoaminwiederaufnahmehemmer (z.B. Amitryptilin, Imipramin)
- Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (z.B. Citalopram, Sertalin)
- Überwiegende oder selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Reboxetin, Mianserin)

- Kombinierte selektive Serotonin- und Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (Venlafaxin, Duloxetin, Milnacipran)
- Kombinierte selektive Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (Bupropion)
- Noradrenerg/spezifisch serotonerges Antidepressivum mit α_2 adrenozeptorantagonistischer Wirkung (Mirtazapin)
- Monoaminoxidasehemmer (Moclobemid)
- Andere Wirkprinzipien (Agomelatin, Tianeptin)

Die Nebenwirkungen leiten sich aus dem Ausmaß der Blockade der verschiedenen postsynaptischen Rezeptoren ab (Table 5) (77).

Table 5 - Rezeptortypen - Antagonismus (77)

Rezeptortyp	Nebenwirkungen bei Rezeptorantagonismus
Muskarinische Acetylcholinrezeptoren	Akkommodationsstörungen, Mundtrockenheit, Obstipation, Sinustachykardie, Miktionsstörungen, Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit, Delir
Histamin-Rezeptoren	Müdigkeit, Sedierung, Gewichtszunahme, Verwirrtheit
Serotonin-Rezeptoren	Gewichtszunahme, Sedierung
Dopamin-Rezeptoren	Prolaktinanstieg, Libidoverlust, extrapyramidalmotorische Störungen
α_2-adrenerge Rezeptoren	Orthostatische Hypotonie, Schwindel, Müdigkeit, reflektorische Tachykardie

1.2.5.2 Pharmakologische Therapie: Manie

Die Behandlung einer akuten Episode einer Manie gestaltet sich nicht immer leicht. Die Patientinnen und Patienten haben in der vollausgeprägten Form in Regel keine Krankheitseinsicht und die notwendige konsequente und stationäre Behandlung (Abschirmung von Außenreizen, Einstellung der Psychopharmaka, ...) ist schwer umzusetzen (14,74).

Es eignen sich die folgenden Substanzgruppen für die Therapie: Neuroleptika, Lithium, Antiepileptika und Benzodiazepine.

Benzodiazepine zählen zu den Tranquillizern. Sie verstärken die hemmende Funktion GABAerger Neurone. Diese Wirkung wird von den Benzodiazepinen dadurch erreicht, dass sie die Öffnungswahrscheinlichkeit von Chloridkanälen erhöhen, daraufhin strömen

vermehrt Chloridionen in die Zelle und bewirken eine Hyperpolarisation, in deren Folge eine verminderte Erregbarkeit der Zellen erreicht wird. Müdigkeit, ataktische Störungen, Schwindel und eine Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit zählen zu den Nebenwirkungen dieser Gruppe. Daueranwendungen erhöhen die Gefahr einer psychischen und physischen Abhängigkeit (75).

1.2.5.3 Pharmakologische Therapie: Behandlung Depressiver Episoden

Stimmungsstabilisierer sowie atypische Neuroleptika, wie zum Beispiel das Quetiapin werden auch hier als alleinige Therapie anerkannt. Der suizidprophylaktische Aspekt des Lithiums sei an dieser Stelle nochmals erwähnt. Für den Einsatz von Antidepressiva gibt es wenig Evidenz aus kontrollierten Studien (14,74). Dennoch ist der Einsatz von Antidepressiva in der akuten depressiven Episode oft unvermeidbar.

1.2.5.4 Die Einhaltung (Adherence) der medikamentösen Therapie

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Adherence als das Ausmaß, in welchem das Verhalten einer Person betreffend Einnahme von Medikamenten, dem Befolgen einer gewissen Diät und/oder des Ausführens von Lebensstiländerungen, mit den Empfehlungen der behandelnden Person übereinstimmt (78).

Etwa 60% der Patientinnen und Patienten zeigen eine hohe Einhaltung bei der empfohlenen Therapie (79-82). Zu den Prädiktoren welche mit einer hohen Adherence verbunden sind, zählen ein aktives Arbeitsverhältnis und eine höhere Anzahl an Tagen, welche im Krankenhaus stationär verbracht wurden (83).

Gesteigerter Alkoholkonsum, Konsumation verbotener Substanzen, eine erhöhte Anzahl an depressiven Episoden, die Einnahme mehrerer Medikamente, eine negative Grundhaltung gegenüber der Einnahme von Medikamenten, eine verminderte Krankheitseinsicht und zudem eine schlechtere Qualität der Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung, zählen zu den prädiktiven Faktoren für eine herabgesetzte Adherence (79-81,84-86). Eine Metaanalyse zeigte, dass unverheiratet zu sein ein Faktor ist, welcher die Adherence herabsetzt (82).

Zu den häufigsten Gründen für das Absetzen der Medikamente zählt das Auftreten von Nebenwirkungen (76).

Wichtige Säulen für die Einhaltung einer verordneten medikamentösen Therapie scheinen die aktive Wissensvermittlung im Rahmen einer Psychoedukationsgruppe darzustellen, ebenso wie das Vorhandensein einer vertrauensvollen Beziehung zur behandelnden Person (87,88).

Im wissenschaftlichen Diskurs rund um das Thema der Adherence, bewegen sich die jüngeren Modelle weg von einem bio-medizinischen Konzept hin zu einem bio-psycho-sozialen Ansatz (89). So bauen die beiden jüngeren Konzepte des patient-centered care (PCC) und auch des shared decision-making (SDM) auf die gemeinsamen Grundwerte der Zusammenarbeit, des Entgegenkommens, der offenen Kommunikation und auch der gegenseitigen Vereinbarung bezüglich des therapeutischen Vorgehens auf (90). So konnte – jedoch nur in einem kleinen Rahmen - gezeigt werden, dass psychosoziale Interventionen mit Hilfe konkordanter Beziehungen die Bereitschaft zur Einnahme der Medikamente erhöht haben (91). Konstruktive Kommunikation, Vertrauen und Unterstützung, Stabilität und Kontinuität wie auch Selbstfürsorge sind entscheidende Faktoren in der Beziehung zwischen betreuender und betreuter Person (90).

Literatur betreffend den Zusammenhang von Bindungsrepräsentation und Adherence bei Bipolar affektiven Störungen ist spärlich. Jedoch konnte in Studien gezeigt werden, dass Diabetes Mellitus Patientinnen und Patienten welche zur Gruppe der Bindungsrepräsentation „free autonomous“ zählen verglichen mit der Gruppe „dismissing“, „preoccupied“ und „fearful“ bessere Werte erzielen bei der Umsetzung der Therapieempfehlungen, und auch die verordnete Tabletteneinnahme eher einhielten (92). Betreffend die bipolar affektive Störung zeigte sich, dass die Bindungsrepräsentation „fearful“ mit einer niedrigeren Adherence einhergeht (88).

Im Hinblick auf das Gesundheitssystem gilt es festzuhalten, dass unsicher gebundene Patientinnen und Patienten eine breitere Palette an unterstützenden Angeboten annehmen, und damit einen erhöhten Kostenanteil verursachen (93).

1.2.5.5 Psychotherapeutische Therapieansätze

Verlust wird in psychodynamischen Konzepten als eines der zentralen Elemente bei Erkrankten gesehen. Geht man nach Freud, so richtet sich der Verlust eines ambivalent geliebten Objektes gegen das Selbst. Diese unbewussten Verlustfantasien stehen für einen Verlust des eigenen Selbst und für einen Verlust von Zufriedenheit und Glück und gehen einher mit einer Ich-Verarmung. Dies führt in einer Depression zu Angst, Schuld oder gar Suizidalität. In der Manie ist das ICH befreit von der oppressiven Dominanz des Über-Ichs. Melanie Klein hat die Manie als einen Abwehrmechanismus definiert, welcher das Ich vor dem seelischen Schmerz einer Depression schützen sollte (17,64).

Der oralen Triebtheorie Freuds folgend sprechen viele psychoanalytisch orientierte Schulen von einer oralen Fixierung. In der oralen Phase, der ersten Phase der infantilen

Sexualität, kommt es demnach nicht zu einer Loslösung von der nährenden Mutterbrust und der Mensch verweilt dann in dieser Abhängigkeit zu seinen Mitmenschen (94).

Als weitere Ursache und Folge der Depression wird in psychoanalytischen Schulen von einer fehlverarbeiteten, gegen sich selbst gerichteten, Aggression postuliert. Mit partnerschaftlichen, beruflichen, privaten Verlusten konfrontiert, steigt der Affekt der Aggression auf, welcher jedoch vom rigiden Gewissen der depressiven Person nicht zugelassen wird. Selbstvorwürfe, Selbstbestrafungstendenzen, Suizidalität werden als pathologische Lösungswege einer gegen sich selbst gerichteten Aggressivität angesehen (17).

Vom Blickwinkel eines Kognitiven Verhaltens Theoretischen Konzeptes, beantwortet ein heuristisches Vulnerabilitäts-Stress-Genese-Modell das Entstehen einer Depression. Im Unterschied zum Modell der unipolaren Depression, wird bei bipolaren Störungen die Genetik und auch die Instabilität dysregulatorischer biologischer Prozesse miteinbezogen. Die Therapie selbst erfolgt in den Phasen der Motivation und Psychoedukation, der Beobachtung und Problemanalyse, der Alltagsstrukturierung und Veränderung der Kognitionen sowie dem Problemlösen (95).

Ein weiteres Modell, welches aus dem Bereich der Verhaltenstherapie kommt, geht von einer Dyade zwischen Belohnung und Bestrafung aus. Das „Behavioral Approach System“ (BAS) beschreibt die Motivation und den Antrieb Belohnung erhalten zu wollen. Eine Aktivierung des BAS durch den Anreiz einer Belohnung, erhöht die Motivation und die Umsetzung das Ziel zu erreichen. Auch kognitive Prozesse, wie Hoffnung und Planung, werden angeregt um das Ziel eher zu erreichen. Während das „Behavioral Inhibition System“ (BIS) die Hemmung des Verhaltens beschreibt, als Reaktion auf Angst und Bestrafung (60,96).

Es konnte gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten welche an einer bipolar affektiven Störung leiden, von sich selbst sagen, sensibler auf das BAS anzusprechen, wie auch stärker auf Belohnung als Anreiz zu reagieren als gesunde Kontrollgruppen (97). Ließ sich in Experimenten ein Ziel unerwartet leicht erreichen, so setzten Personen einer gesunden Kohorte, ihre Anstrengungen beim Erstreben dieses Ziels herab. Getreu dem Grundsatz, das Ziel mit möglichst geringem Aufwand zu erreichen. Die Gruppe der an bipolar affektiven Störungen Erkrankten jedoch, reduzierten ihre Anstrengungen deutlich weniger (98).

Des Weiteren lässt sich feststellen, dass hypomanische/manische und auch depressive Episoden durch Lebensereignisse, welche dem Formenkreis der BAS-aktivierenden Umstände zuordenbar sind, getriggert werden. Darunter fallen zum Beispiel Lebensumstände, die beruflichen Aufschwung versprechen (das Lernen für das Bestehen einer Prüfung, die Mitarbeit in einem Projekt mit anschließender Provision,...). Diese aktivierenden Ereignisse können hypomanische bis manische Episoden auslösen. Lebensereignisse, welche das BAS inaktivieren, wie Niederlagen oder Verluste (welche mit dem Nichterreichen eines Ziels in Verbindung stehen), lösen eher depressive Episoden aus (60).

Einen wichtigen Bestandteil der therapeutischen Wirkung wird dem Früherkennen etwaiger Episoden beigemessen. Dieses Erkennen der Prodromalstadien, wird auch in den wissenschaftlich gut belegten Psychoedukationsgruppen gefördert (99).

Im Gegensatz zu depressiven Episoden, fällt es den Patientinnen und Patienten leichter, das Prodromalstadium einer manischen Episode zu erkennen (zum Beispiel Schlafverminderung, ein gesteigerter innerer Antrieb). Manischen Episoden kann man entgegenwirken, indem man sich bewusster dem inneren Antrieb entgegenstellt (bewusst Zeit für Ruhephasen einplanen, Entspannungsübungen). Zwar fällt es Betroffenen schwerer das Prodromalstadium einer depressiven Episode zu erkennen (Anhedonie, verminderte Motivation, herabgesetzte Stimmung, geringeres Selbstbewusstsein, Vermeiden sozialer Kontakte), jedoch zeigte sich auch hier, dass ein besseres Vermögen sich im Stadium der anbahnenden Episode entgegenzustellen (beschäftigt bleiben, sich zu organisieren, soziale Kontakte zu suchen), mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer depressiven Episode einhergeht (100).

1.3 Fragestellung und Hypothesen

Ziel dieser Arbeit ist es die bindungsspezifischen Aspekte der bipolar affektiven Störungen zu untersuchen. Wie in der einleitenden Literaturrecherche festgestellt, gibt es vielseitige Themenbereiche in denen Aspekte der Bindung eine Rolle spielen. Anhand der BIPLONG Studiendaten wird versucht einem Teil dieser Aspekte nachzuspüren.

Wie in den vorherigen Kapiteln dargestellt, existiert bereits eine Theorie bezüglich Aspekten der Bindung und den bipolar affektiven Störungen. Darauf basierend werden nun Fragestellungen formuliert und Hypothesen angestellt, welche diese Theorien betreffend der Studiengruppe untersuchen.

Die Bindungsrepräsentation, wie sie im oberen Teil dieser Arbeit beschrieben ist war im Studienprotokoll nicht vorgesehen und kann deshalb leider nicht direkt untersucht werden. Jedoch wurden einige soziodemographische Daten erhoben, welche Aufschluss geben können über die Bindungen welche die teilnehmenden Personen sowohl im engen familiären Umfeld geknüpft haben, als auch der Erwerbsstatus und damit ein eventuelles Arbeitsumfeld wurden erhoben. Des Weiteren füllten die Patientinnen und Patienten einen Fragebogen aus, welcher die sexuelle Zufriedenheit einer eventuellen romantischen Bindung abfragt.

Zuerst soll anhand der demographischen Daten untersucht werden, ob es Unterschiede gibt zwischen der Kontrollgruppe und den Erkrankten bezüglich verschiedener Aspekte der Bindung. Beziehung, des etwaigen Zusammenlebens, und berufliches Umfeld werden analysiert.

Fragestellung 1: Besteht ein Unterschied bezüglich des Status der Erwerbstätigkeit zwischen der Gruppe der Erkrankten und der Gruppe der Gesunden?

Hypothese 1: Die Gruppe der Erkrankten ist häufiger Arbeitslos.

Fragestellung 2: Besteht ein Unterschied bezüglich Familienstand zwischen der Gruppe der Erkrankten und der Gruppe der Gesunden?

Hypothese 2: In der Gruppe der Gesunden ist die Anzahl an Beziehungen höher als in der Gruppe der Erkrankten.

In einem weiteren Schritt soll nur die Gruppe der Erkrankten untersucht werden um diese zu differenzieren bezüglich der Bindungen welche sie knüpfen.

Fragestellung 3: Besteht in der Gruppe der Erkrankten ein Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich Erwerbsstatus bzw. Familienstand ?

Hypothese 3: Es besteht ein Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich Erwerbsstatus bzw. Familienstand.

Frage 4: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Status der Erwerbstätigkeit und dem Beziehungsstatus?

Hypothese 4: Eine Partnerschaft geht mit einer beruflichen Erwerbstätigkeit einher.

Fragestellung 5: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Erkrankung der bipolar affektiven Störungen und dem später folgenden Familienstand?

Hypothese 5a: Ein frühes Auftreten der psychischen Symptome spricht für einen ledigen Familienstand.

Hypothese 5b: Ein frühes Auftreten der depressiven Symptome geht mit einem Leben ohne fixe Partnerschaft einher.

Hypothese 5c: Ein frühes Auftreten der manischen Symptome geht mit einem Leben ohne fixe Partnerschaft einher.

Hypothese 5d: Eine frühe Diagnose der Erkrankung spricht für ein Leben ohne Partnerschaft.

Fragestellung 6: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Beziehungsstatus und der Schwere der Symptome?

Hypothese 6: Je schwerer die Symptome ausgeprägt sind, desto eher sind die Patientinnen und Patienten ohne Partnerschaft.

Fragestellung 7: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit in der Beziehung und dem Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten?

Hypothese 7: Je zufriedener die Patientinnen und Patienten in ihrer Partnerschaft sind, desto größer ist ihr allgemeines Wohlbefinden.

Fragestellung 8: Besteht ein Unterschied hinsichtlich der Beständigkeit der Beziehungen zwischen erkrankten und gesunden Personen?

Hypothese 8: Erkrankte Personen führen unbeständigere Beziehungen als gesunde Personen.

Fragestellung 9: Besteht ein Unterscheid zwischen dem Erleben der Ressourcen Sexualität und Partnerschaft zwischen Erkrankten und Gesunden?

Hypothese 9: Patientinnen und Patienten erfahren seltener positive Gefühle aus dem Bereichen der Sexualität und der Partnerschaft.

Fragestellung 10: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Phasen und der Zufriedenheit hinsichtlich des Erlebens von Liebe, Lust und Zärtlichkeit?

Hypothese 10a: Je unzufriedener die Patientinnen und Patienten hinsichtlich Liebe, Lust und Zärtlichkeit sind, desto häufiger erleben sie depressive Episoden.

Hypothese 10b: Je unzufriedener die Patientinnen und Patienten hinsichtlich Liebe, Lust und Zärtlichkeit sind, desto häufiger erleben sie manische Episoden.

2 Material und Methoden

2.1 Stichprobe und Untersuchungsablauf

Die Erhebung der Daten erfolgte im Rahmen der BIPLONG Studie, durchgeführt an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin Graz. Die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wurden entweder während ihres stationären Aufenthalts in der Universitätsklinik rekrutiert, oder waren bereits an die Spezialambulanz für bipolar affektive Störungen angebunden und wurden direkt dort rekrutiert. Mit Hilfe der Studie werden halbjährlich verschiedene Parameter erhoben. Am Testtag erfolgte neben diversen Fragebögen zur Selbsteinschätzung, eine nüchtern durchgeführte venöse Blutabnahme (unter anderem: Blutfette, Blutbild, genetische Untersuchungen, Entzündungsparameter), psychologische Testungen, ein Elektroenzephalogramm und durch eine Ärztin, einen Arzt wurde klinische Fremdbewertungen erhoben.

Die Stichprobe umfasst insgesamt 411 teilnehmende Personen ($n = 411$), davon sind 267 (davon sind 139 männlich und 121 weiblich) in der Gruppe der Erkrankten und 144 (davon sind 54 männlich und 90 weibliche) in der Kontrollgruppe.

Wie sich im weiteren Verlauf darstellen wird, sind zu jeder Fragestellung nicht bei allen teilnehmenden Personen Daten vorhanden. Die jeweils betrachtete Stichprobe findet sich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit bei jeder Untergruppe extra ausgewiesen. Die Überlegung nur eine Stichprobe zu betrachten, welche alle Daten erfüllt wurde verworfen, da zum einen die Kontrollgruppe dann nur 6 Personen umfassen würde (siehe Kapitel 3.1.8) und zum anderen wäre der Ausschluss aller anderen Personen einer Manipulation der Ergebnisse gleichzusetzen, dann ich als Verfasser die Stichprobe nach meinen eigenen Vorstellungen manipulieren würde.

2.2 Materialien

2.2.1 Staging nach Kapczinski

Kapczinski et al. (101) haben in ihrer Arbeit ein 4 Stufen-Modell entwickelt, nach welchem sie die Neuroprogression der bipolar affektiven Störungen unterteilen.

1. Gut definierte euthyme Perioden, keine psychiatrischen Komorbiditäten zwischen den Episoden, keine kognitiven Dysfunktionen.
2. Zwischen den Episoden Symptome auf Grund von Komorbiditäten, Kognitive Einschränkungen vorübergehender Natur.
3. Klinisch relevante Muster von kognitiven und funktionalen Einschränkungen mit der Unfähigkeit zu Arbeiten.
4. Verlust der Autonomie auf Grund der kognitiven und funktionellen Einschränkungen.

2.2.2 ZIP - Zufriedenheit in Paarbeziehungen

Bei dem Fragebogen „Zufriedenheit in Paarbeziehungen“ (ZIP), handelt es sich um die deutschsprachige Version der von Susan Hendrick (1988) entwickelten Skala „relationship assessment scale“. Dabei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, wobei die Zufriedenheit mit der aktuellen Beziehung in 7 Items erfasst. Die interne Konsistenz ist mit einem Wert von $\alpha = 0,87$ ausreichend hoch (102).

2.2.3 RSP – Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft

Der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ (RSP) von Oswald J. Klingler und Kurt K. Loewit zielt darauf ab die emotionalen Aspekte unabhängig von der sexuellen Orientierung oder einem konkreten Sexualverhalten zu evaluieren. Es handelt sich bei dem Fragebogen um ein mehrdimensionales Selbstbeurteilungsverfahren. Der Fragebogen besteht aus 25 Items welche sich je einer von 5 Untergruppen zuordnen lassen. Diese Untergruppen sind:

- Körpergefühl
- Zärtlichkeit
- Lust
- Liebe
- Kommunikation

Zu beachten gilt es, dass die Probandinnen und Probanden ihre Antworten jeweils von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten) auswählen. Daraus ergibt sich, dass niedrigere Scores mit einer höheren Zufriedenheit einhergehen.

Die mittleren Reliabilitätswerte (Cronbachs Alpha) befinden sich in jeder der fünf Skalen im mittleren (0,80 bis 0,90) bis hohen (über 0,90) Bereich(103,104).

Des Weiteren fragte der Fragebogen, welcher in der BIPLONG-Studie zum Einsatz kam in 3 zusätzlichen Fragen den Beziehungsstand, die Dauer der aktuellen Beziehung und die Anzahl der Beziehungen, welche länger als 3 Monate anhielten, ab.

2.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. IBM Corp., Armonk, NY).

Zur Berechnung der Unterschiede von qualitativen Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test angewendet. Zur Berechnung der Unterschiede von quantitativen Variablen kamen, je nach Vorliegen der Normalverteilung, der T-Test beziehungsweise der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Des Weiteren findet der Kruskal-Wallis-H-Test Anwendung, wenn ordinal skalierte Variablen berechnet werden.

Das Signifikanzniveau wurde mit $p = .05$ festgelegt.

3 Ergebnisse – Resultate

3.1.1 Unterschied in Erwerbstätigkeit

Die herangezogenen Patientinnen sowie Patienten und die entsprechende Kontrollgruppe sind der Table 6 zu entnehmen.

Table 6 - Kreuztabelle Erwerbstätigkeit

		arbeitslos	erwerbstätig	gesamt
Gruppe	PatientInnen	143 (60,8%)	92 (39,2%)	235
	Kontrollen	34 (67,6%)	71 (67,6%)	105

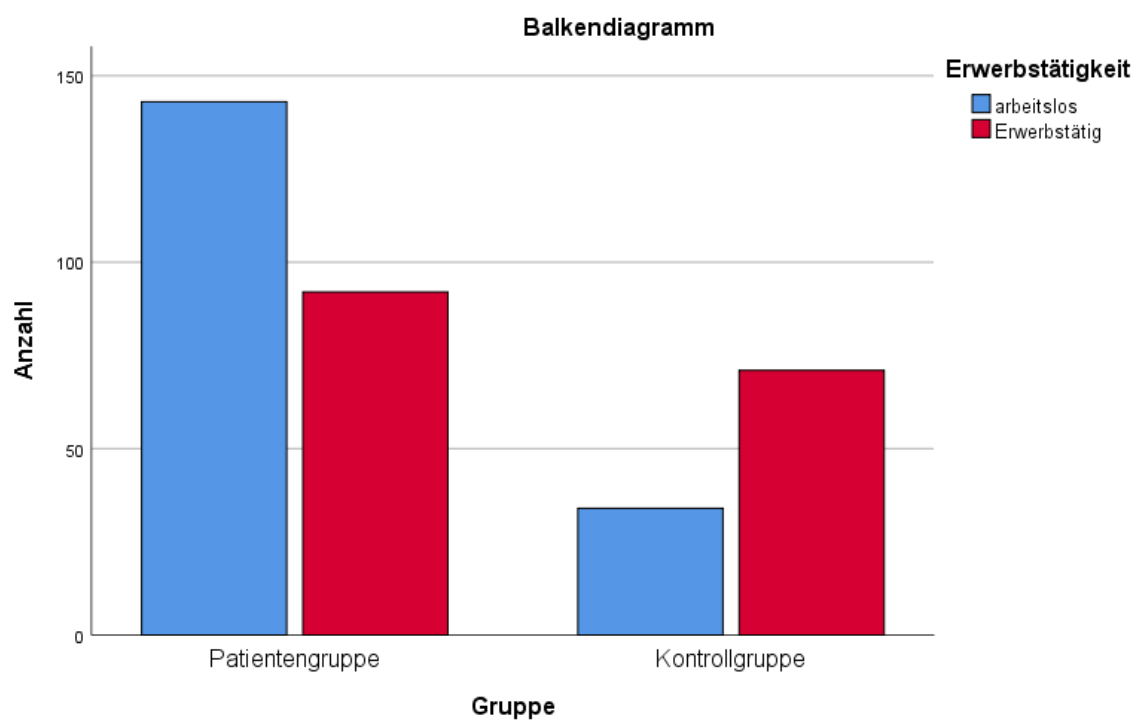


Figure 1 Balkendiagramm; Erwerbstätigkeit; Erkrankung - Kontrollgruppe

In der Gruppe der Erkrankten gaben des Weiteren 46 Personen an erwerbsuntätig zu sein auf Grund der Erkrankung und 6 weiteren Personen gaben an auf Grund der Erkrankung nur Teilzeit arbeiten zu können.

Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 23.57$, $p \leq .001$) zwischen Erwerbsstatus und Erkrankung.

3.1.2 Unterschied bzgl. Partnerschaft

Die herangezogenen Patientinnen und Patienten, und auch die Kontrollgruppe sind in Table 7 entsprechend der Frage nach einer aktuellen Partnerschaft aufgelistet. Eine graphische Darstellung der Verteilung findet sich im folgenden Balkendiagramm (Figure 2).

Table 7 - Kreuztabelle; Partnerschaft

		keine Partnerschaft	Partnerschaft	gesamt
Gruppe	PatientInnen	103 (41,4%)	146 (58,6%)	249
	Kontrollen	31 (27,7%)	81 (72,3%)	112

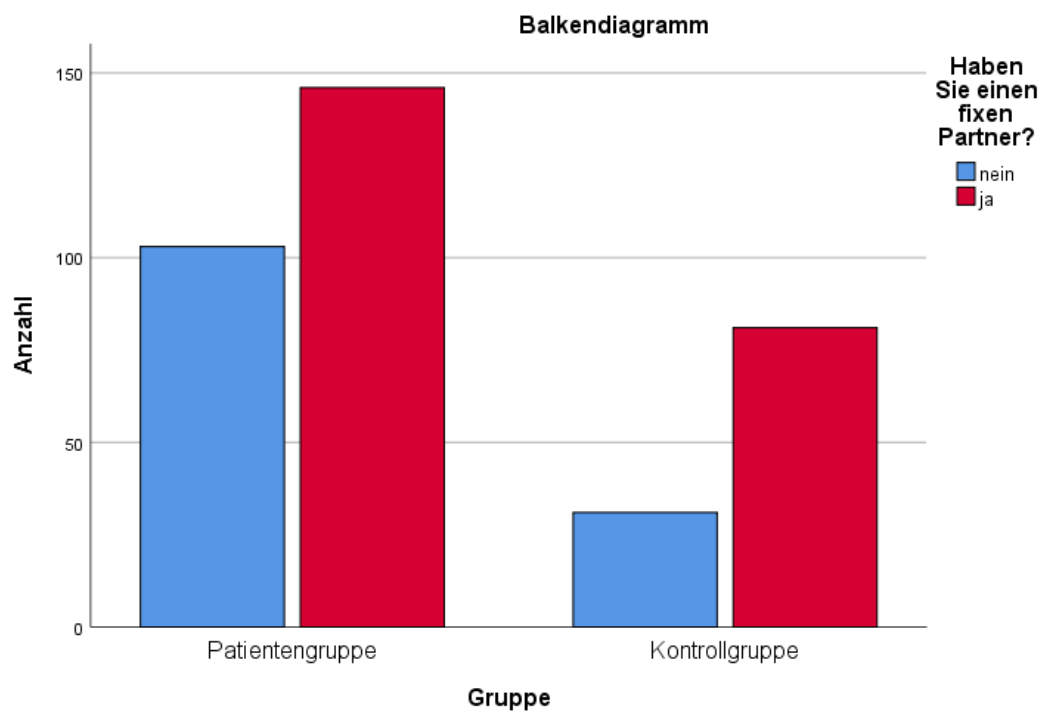


Figure 2 Balkendiagramm; Partnerschaft - Erkrankung

Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 6.2, p = .01$) zwischen Beziehungsstatus und Erkrankung.

3.1.3 Geschlechtsunterschied in der Gruppe der Erkrankten bezüglich Erwerbstätigkeit

Die Unterteilung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Geschlecht gekreuzt mit dem Erwerbsstatus findet sich in folgender Tabelle (Table 8).

Table 8 - Kreuztabelle; Geschlecht - Erwerbsstatus

		arbeitslos	erwerbstätig	gesamt
Geschlecht	männlich	72 (59,5%)	49 (40,5%)	121
	weiblich	71 (62,3%)	43 (37,8%)	114

Graphisch dargestellt verteilen sich die Gruppen wie im folgenden Balkendiagramm dargestellt (Figure 3).

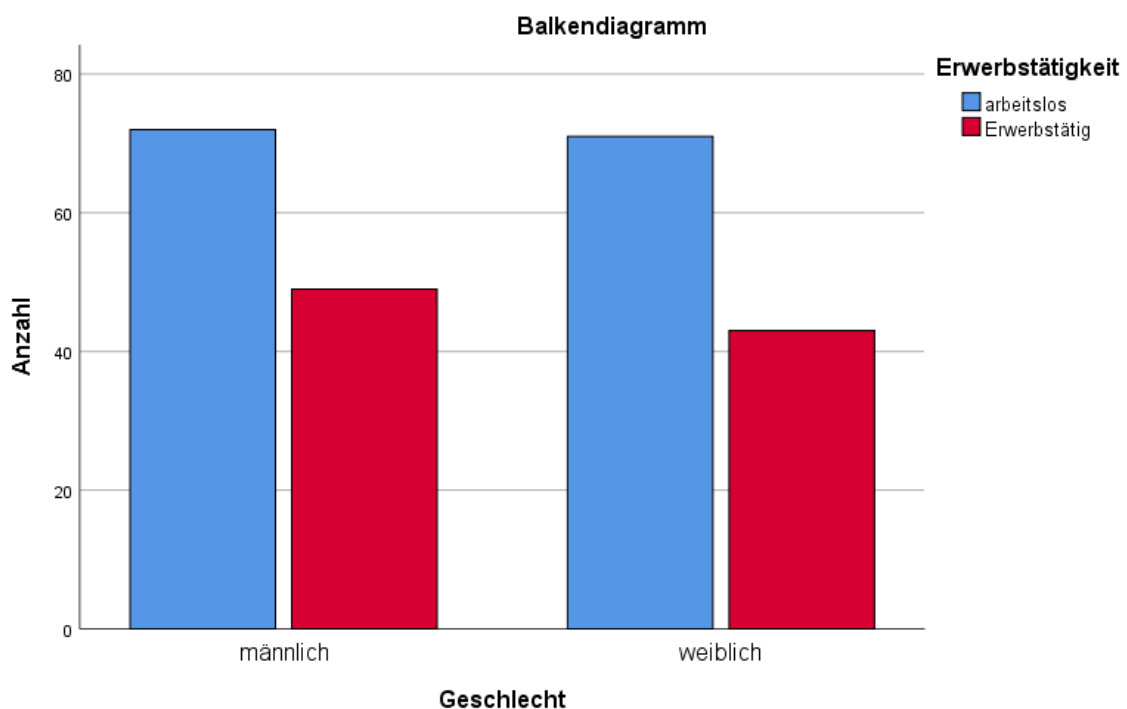


Figure 3 Balkendiagramm; Geschlecht - Erwerbsstatus

Die Berechnung des Zusammenhangs mit dem Chi-Quadrat-Test ergibt keinen signifikanten Zusammenhang ($\chi^2 = 0.190$, $p = .66$) der beiden Faktoren Geschlecht und Status der Erwerbstätigkeit in der Gruppe der Erkrankten.

3.1.4 Geschlechtsunterschied in der Gruppe der Erkrankten bezüglich Partnerschaft

Der nachfolgenden Tabelle ist die Aufteilung zwischen den beiden Geschlechtern hinsichtlich Partnerschaft zu entnehmen (Table 9).

Table 9 - Kreuztabelle; Geschlecht - Partnerschaft

		keine Partnerschaft	Partnerschaft	gesamt
Geschlecht	männlich	58 (45%)	71 (55%)	129
	weiblich	45 (37,5%)	75 (62,5%)	120

Graphisch gestaltet sich die Verteilung wie im folgenden Balkendiagramm (Figure 4) dargestellt.

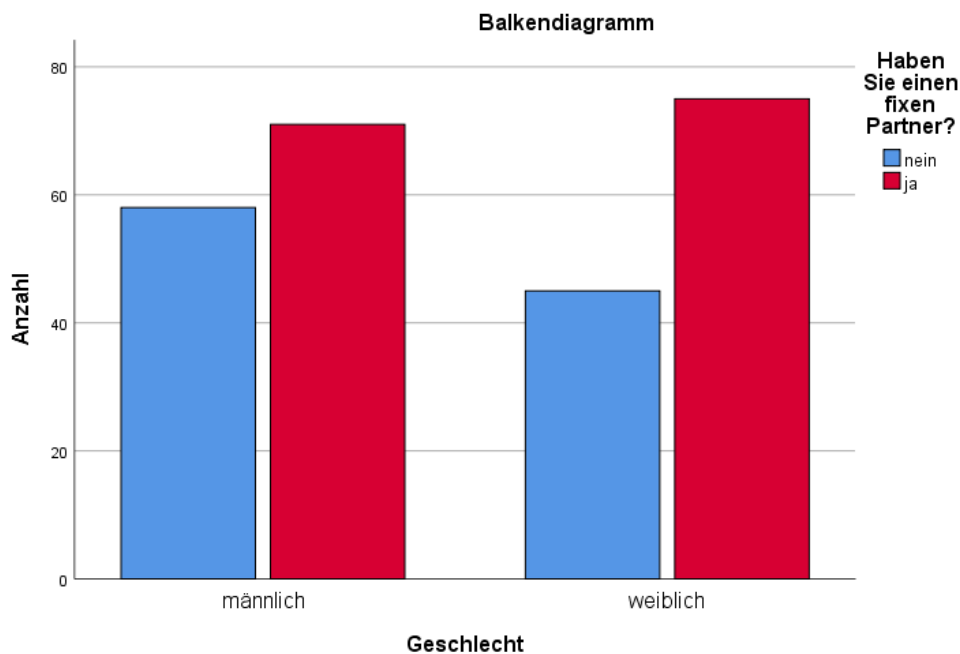


Figure 4 Balkendiagramm; Partnerschaft - Geschlecht

Die Berechnung des Zusammenhangs mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests ergibt keinen signifikanten Zusammenhang ($\chi^2 = 1.43$, $p = .23$) zwischen Geschlecht und Beziehungsstatus in der Gruppe der Erkrankten.

3.1.5 Zusammenhang Erwerbstätigkeit und Partnerschaft innerhalb der Gruppe der Erkrankten.

Betrachtet man die Verteilung der Patientinnen und Patienten bezüglich dem Vorhandensein einer fixen Partnerschaft gekreuzt mit dem Status der Erwerbstätigkeit, so ergibt sich die Verteilung entsprechend der folgenden Tabelle (Table 10).

Table 10 - Kreuztabelle; Partnerschaft - Erwerbsstatus

		arbeitslos	erwerbstätig	gesamt
fixe Partnerschaft	nein	57 (62%)	35 (38%)	92
	ja	84 (60,9%)	54 (39,1%)	138

Graphisch im Balkendiagramm, stellt sich die Verteilung wie folgt dar (Figure 5).

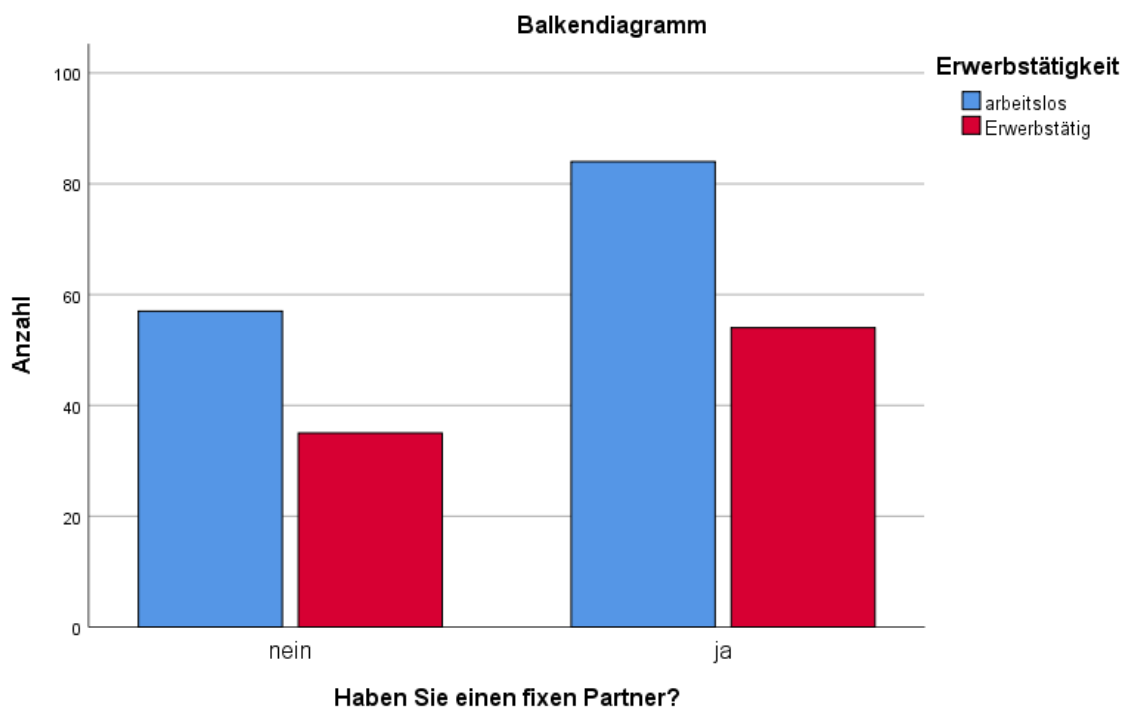


Figure 5 Balkendiagramm; Erwerbsstaus - Partnerschaft

Die Berechnung des Zusammenhangs der beiden Faktoren ergab mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests keinen signifikanten Zusammenhang ($\chi^2 = 0.027$, $p = .868$) zwischen Erwerbstätigkeit und dem Vorhandensein einer Partnerschaft.

3.1.6 Zusammenhang zwischen Auftreten der Erkrankung und Beziehungsstand.

Bezüglich des ersten Auftretens der psychischen Symptome, des Alters bei Auftreten der ersten depressiven Symptome ($U = 2631.5, p = .281$) und des Alters bei Auftreten der ersten manischen Symptome ($U = 2740.5, p = .550$) unterscheiden sich die beiden Gruppen (Haben Sie eine fixe Partnerschaft: ja oder nein) nicht.

Jedoch zeigt sich ein deutlich signifikanter Zusammenhang ($U = 4137, p = .001$) bezüglich des Alters bei Stellung der Erstdiagnose, bei mittlerer Effektstärke nach Cohen ($r = 0.223$). Die jeweiligen Mediane für die Erstdiagnose liegen in der Gruppe mit Partnerschaft bei 40 Jahren und in der Gruppe ohne Partnerschaft bei 32 Jahren.

3.1.7 Schwere der Erkrankung im Zusammenhang mit einer Partnerschaft

Betrachtet man die Anzahl der erlebten manischen und depressiven Episoden für diejenigen welche in einer Beziehung sind, verglichen mit denjenigen welche in keiner Partnerschaft leben, so erhält man die in der folgenden Tabelle angeführte deskriptive Statistik (Table 11).

Table 11 - Deskriptive Statistik, Phasen - Partnerschaft

Haben Sie einen fixen Partner?	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
nein Anzahl der depressiven Phasen bisher	89	1	75	11,98	14,936
nein Anzahl der manischen Phasen bisher	92	1	75	7,89	11,494
ja Anzahl der depressiven Phasen bisher	132	1	150	16,23	21,872
ja Anzahl der manischen Phasen bisher	133	1	125	13,02	22,164

Der Mann-Whitney-U-Tests liefert für die manischen Phasen einen signifikanten Wert ($U = 4948, p = .027$) und auch für die depressiven Episoden ($U = 4780.5, p = .035$).

Fasst man die vier Stadien nach Kapezinski, in zwei Gruppen zusammen (wobei Stadium 1 und 2 sowie Stadium 3 und 4 jeweils zusammengefasst werden; siehe Kapitel 2.2.1), und zieht diese für die Untersuchung herbei, so findet man keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Stadien der Erkrankung und dem Beziehungsstatus ($\chi^2=1.028, p = .795$).

Graphisch dargestellt verteilen sich die Gruppen nach Kapczinski wie folgt auf die Personen ohne fixen Partner und die Personen mit fixem Partner (Figure 7).

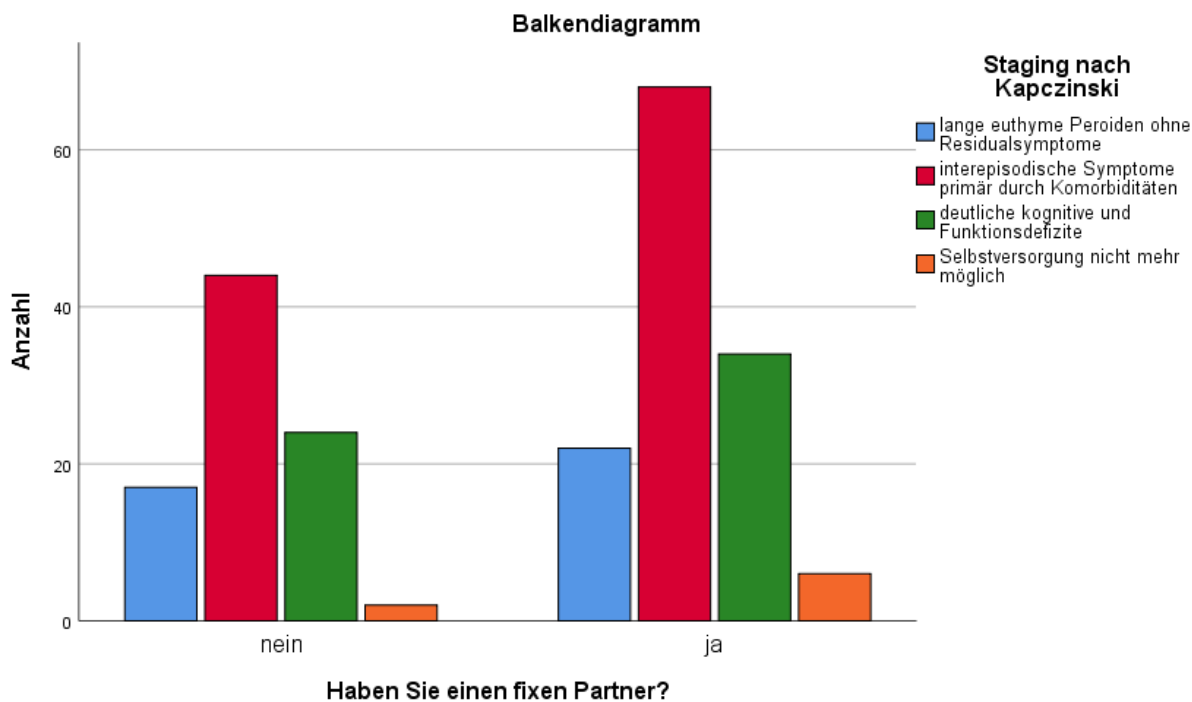


Figure 6 Balkendiagramm; Kapczinski - Partnerschaft

3.1.8 Zufriedenheit in der Partnerschaft

In der folgenden Tabelle (Table 12) kann man die deskriptive Statistik bezüglich des gesamt Scores aus den 7 Items des ZIP ablesen; je höher der Score, desto zufriedener beschreiben sich die Probandinnen und Probanden. Um die ermittelten Werte in Relation zu setzen bedarf es einer Kontrollgruppe. Zu beachten gilt es in diesem Fall, dass die Kontrollgruppe mit nur 6 Personen relativ gering ausfällt und die getroffenen Aussagen deshalb vorsichtiger interpretiert werden sollten.

Table 12 - Deskriptive Statistik; ZIP Score

Gruppe		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
PatientInnen	ZIP Score	39	11	35	27,9487	5,60051
Kontrollgruppe	ZIP Score	6	21	34	27,833	6,08002

Wie aus dem Vergleich der Mittelwerte schon angenommen werden kann, zeigt auch der Mann-Whitney-U-Test keinen signifikanten Zusammenhang ($U = 111.5, p = .854$)

3.1.9 Beständigkeit von Beziehungen

Aus der Zusatzfrage des ZIP (Wie viele Beziehungen, die länger als 3 Monate andauerten, hatten Sie bisher?) lässt sich die Beständigkeit der bisherigen Beziehungen ableiten.

In folgender Tabelle (Table 13) findet sich die deskriptive Statistik der erhobenen Daten.

Auch hier sei auf die ausgesprochen geringe Anzahl an Kontrollen und der Unausgewogenheit der beiden Gruppen hingewiesen.

Table 13 - Deskriptive Statistik, Beständigkeit der Beziehungen

Gruppe		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. Abweichung
PatientInnen	Anzahl der Beziehungen über 3 Monate	31	0	9	3,1935	2,15127
Kontrollen	Anzahl der Beziehungen über 3 Monate	4	1	2	1,25	0,5

Vergleicht man die beiden Gruppen, so ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang ($U= 23.00$, $p=0.044$). Dies spricht für einen signifikanten Zusammenhang welcher bedeutet, dass Erkrankte häufiger in Beziehungen waren. Die mittlere Dauer der aktuellen Beziehung wird in der Stichprobe der Erkrankten mit 15,42 Jahren angegeben.

3.1.10 Erfahren von Liebe, Lust und Zuneigung

In der folgenden Tabelle (Table 14) kann man die deskriptive Statistik sowohl der 5 Subgruppen des Fragebogens als auch den Gesamt-Scores entnehmen. An dieser Stelle sei nochmals daran erinnert, dass ein niedrigerer Score eine höhere Zufriedenheit widerspiegelt.

Um die ermittelten Werte in Relation zu setzen bedarf es einer Kontrollgruppe. Leider liegen hier jedoch nur eine kleine Anzahl vor ($n = 6$), weshalb Berechnungen hinsichtlich einer genauen Aussage schwer durchzuführen sind.

Verglichen mit Werten aus der Literatur, liegen die Patientinnen und Patienten mit ihren Mittelwerten über den Mittelwerten einer durchschnittlichen (zwar arbeitenden oder studierenden) Bevölkerungsgruppe(103).

Table 14 - Deskriptive Statistik, RSP - Erkrankung

Gruppe	Spalte1	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std. - Abweichung
PatientInnen	RSP Score	41	34	118	76,4878	24,51237
	Körpergefühl	41	8	24	16,561	3,98779
	Zärtlichkeit	41	5	25	14,1951	6,10827
	Lust	41	5	25	17,3171	5,81566
	Liebe	41	5	22	12,5122	5,02057
	Kommunikation	41	5	25	15,9024	6,2642
Kontrollgruppe	RSP Score	6	42	81	58	16,86416
	Körpergefühl	6	11	20	14,1667	3,43026
	Zärtlichkeit	6	5	15	8,6667	3,7238
	Lust	6	9	18	12,6667	3,32666
	Liebe	6	6	16	10,1667	4,26224
	Kommunikation	6	8	17	12,3333	3,82971

Wendet man trotz der vorher beschriebenen Einschränkung der Vergleichbarkeit, den Mann-Whitney-U-Test an, so ergeben sich für die Untergruppen „Zärtlichkeit“ ($U = 57.000, p = .034$) und „Lust“ ($U = 60.000, p = .044$) signifikante Hinweise darauf, dass erkrankte Personen seltener körperliche Zärtlichkeit und sexuelle Lust und Befriedigung erfahren. Der Gesamt-Score jedoch ist knapp nicht signifikant ($U = 66.500, p = .071$). Auch die anderen Untergruppen „Körpergefühl“ ($U = 77.500, p = .150$), „Liebe“ ($U = 86.000, p = .252$) sowie „Kommunikation“ ($U = 80.000, p = .180$) sind nicht signifikant.

In einem weiteren Schritt, welcher zur Differenzierung beitragen soll, wird nur die Gruppe der erkrankten Personen untersucht und unterteilt mit Hilfe des ZIP. Dort wird der Beziehungsstatus abgefragt mit den folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Keine Beziehung
- In einer lockeren Beziehung
- In einer festen Beziehung
- Verheiratet

Betrachtet man nun die deskriptive Statistik in einem Box-Plot, mit den Arten der Beziehung auf der x-Achse und dem Gesamt Score des RSP auf der y-Achse, so erkennt man bereits eine Tendenz dazu, dass die Gruppe mit der sichersten Beziehungsform (verheiratet), deutlich höhere Werte im Bezug auf die Zufriedenheit erhält (Figure 8).

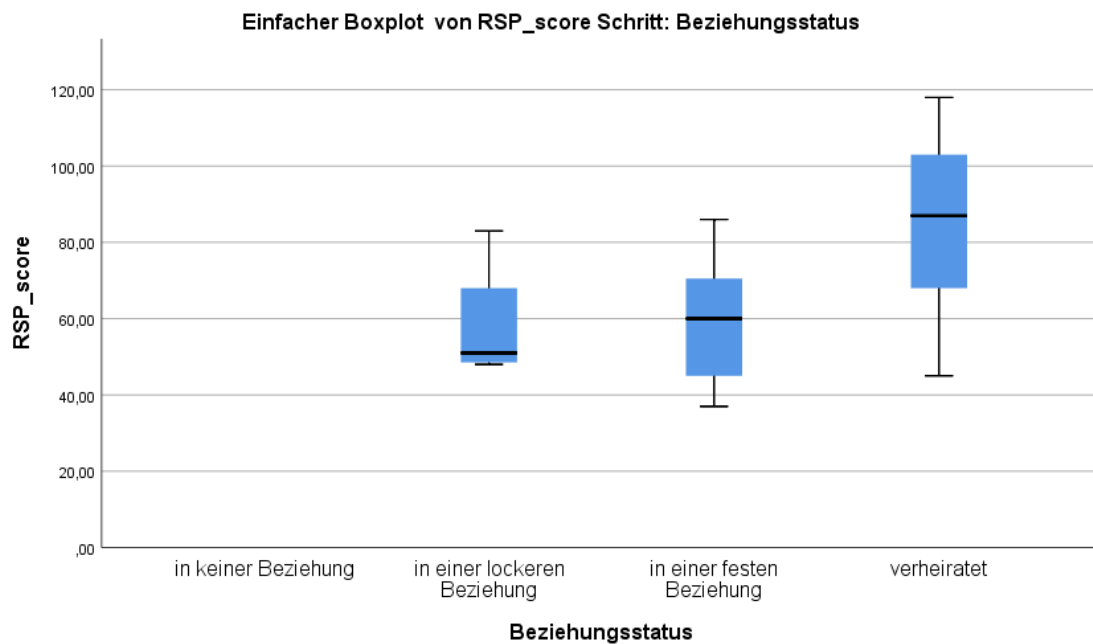


Figure 7 Box-Plot; Beziehungsstatus - RSP_Score

Der Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben bestätigt diesen ersten optischen Eindruck eines signifikanten Zusammenhangs ($H=10.230, p = .017$).

3.1.11 Zusammenhang zwischen Zufriedenheit in den Bereichen Liebe, Sexualität und Partnerschaft und Phasenanzahl

Um zu unterscheiden zwischen „zufrieden“ und „unzufrieden“ hinsichtlich des Erlebens von Liebe, Sexualität und Zuneigung, wird die Stichprobe anhand des RSP Gesamt-Scores in 2 Gruppen geteilt. Personen welche einen Score von 25 bis 75 haben werden als „zufrieden“, Personen welche einen Score von 76 bis 125 erzielen als „unzufrieden“ kategorisiert. Berechnet man den Zusammenhang, so zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der depressiven Episoden und der Zufriedenheit im Lusterleben ($U = 73.00, p = .025$), jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen manischen Episoden und der Zufriedenheit im Lusterleben ($U = 99.500, p = .089$).

4 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die geknüpften Bindungen und Partnerschaften der an bipolar affektiven Störung Erkrankten zu beschreiben. Hierbei lag das Augenmerk auf der Erfassung der Zufriedenheit mit zwischenmenschlichen Beziehungen und einem Zusammenhang mit dem Verlauf der Erkrankung.

Die deskriptiv verglichenen Anhaltspunkte Erwerbstätigkeit und Beziehungsstatus konnten die in der Literatur gefundenen Hinweise bestätigen, dass Patientinnen und Patienten häufiger erwerbsuntätig und ohne Partnerschaft leben (15,31). Wie bei allen Regressionsberechnungen auch, lässt sich hier jedoch kein kausaler Zusammenhang feststellen. Es kann daher keine Aussage getroffen werden, ob zum Beispiel die Krankheit verhindert mit dem Umfeld in Kontakt zu kommen (wie dies 54 Personen in der Analyse der Subgruppen der Frage nach der Erwerbstätigkeit zum Ausdruck bringen), oder ob die früh mitbekommene Schwierigkeit im Aufrechterhalten der Bindungen das Entstehen der bipolar affektiven Erkrankungen erleichtert. Hinsichtlich der Fragestellungen 1 und 2 lässt sich jedoch festhalten, dass sowohl der Status der Erwerbsfähigkeit als auch der Beziehungsstatus hochsignifikant auffällt. So sind an einer bipolar affektiven Störung Erkrankte weniger häufig in einem Arbeitsverhältnis oder auch in einem partnerschaftlichen Verhältnis.

Betreffend Unterschiede in der Gruppe der Erkrankten fanden sich keine Hinweise hinsichtlich des Geschlechts. So kann in der untersuchten Stichprobe nicht, wie von Lieberman gegensätzlich festgehalten, davon ausgegangen werden, dass ein Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich Familienstand besteht (52). Auch hinsichtlich des Erwerbsstatus und des Geschlechts konnte keine Unterscheidung repliziert werden. Und auch der Versuch den Erwerbsstatus mit dem Beziehungsstatus innerhalb der Gruppe der Erkrankten in Verbindung zu setzen zeigte keinen signifikanten Zusammenhang.

Einzig der Zusammenhang zwischen dem Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung korrelierte stark mit dem aktuellen Stand der Partnerschaft. So fand sich, dass Personen ohne Partnerschaft früher die Diagnose gestellt bekamen. Die Versuche das erste Auftreten der manischen und auch depressiven Symptome in Relation zum Beziehungsstatus zu stellen lieferten jedoch keine signifikanten Ergebnisse. Somit gab es in unserer Kohorte keinen Zusammenhang mit dem Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung, jedoch mit dem Umgang der Symptome. Die Partnerschaft bzw. das Bindungsmuster wäre somit nicht als Schlüsselfaktor, sondern nur als Co-Faktor im Verlauf der bipolar affektiven Störungen zu betrachten, deren Einfluss nicht im Bereich der Manifestation zu sehen ist (hinsichtlich

Beginn der Symptome findet sich keine Signifikanz) sondern im Umgang mit der Erkrankung. Zwei mögliche Ursachen dafür sind denkbar, zum einen konnte in der Literatur gezeigt werden, dass unsicher gebundene Personen mehr Hilfeleistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen (93). Zum anderen ist es denkbar, dass Patientinnen und Patienten in ihrem Umfeld, welches sie als Sicherheit gebend empfinden, die Stärke finden zu glauben mit Symptomen besser selbst umzugehen. Somit lässt sich die Hypothese formulieren, dass Personen welche sich in einem sicheren Umfeld befinden, und den Beginn einer psychischen Veränderung wahrnehmen, eher die Ressourcen finden mit diesen Veränderungen umzugehen als Personen welche dieses stabilisierende Umfeld nicht erleben. Diese Hypothese sollte durch zukünftige Forschung weiter evaluiert werden. So ist limitierend festzuhalten, dass zum Beziehungsstand beim Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Daten vorliegen. Für zukünftige Fragestellungen gewiss von Interesse kann in diesem Zusammenhang auch die Frage nach anderen Faktoren sein, welche das Gefühl einer psycho-sozialen Sicherheit vermitteln (zum Beispiel: familiäre, partnerschaftliche, freundschaftliche Unterstützung).

Diese Aspekte sind hinsichtlich der Früherkennung der Krankheit auch von klinischer Bedeutung. Aus der Literatur sind zwar mannigfaltige Prodormalsymptome bekannt, jedoch sind diese auch sehr unspezifisch (105). Für den klinischen Alltag ergibt sich daraus jedoch die Erkenntnis, dass die Partnerschaft, das nähere soziale Umfeld der Patientin/des Patienten, einen entscheidenden Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung besitzt. Hinsichtlich des Therapieerfolgs sei an dieser Stelle auf die Erkenntnisse im Bereich der Adherence hingewiesen, welche besagen, dass eine gute, stabile Beziehung zwischen der erkrankten und der betreuenden Person eine wichtige Säule für eine hohe Adherence darstelle (88).

Hinsichtlich der Schwere der Erkrankung und dem Beziehungsstand finden sich jedoch widersprüchliche Hinweise. Betrachtet man die Anzahl der manischen und auch der depressiven Phasen, so erhält man signifikante Zusammenhänge mit dem Beziehungsstand. Diese zeigen, anders als erwartet, dass die Patientinnen und Patientin in einer Partnerschaft häufiger diese Episoden durchleben. Auch ist es denkbar, dass der Partner oder die Partnerin schneller Schwankungen der Stimmung rückmeldet, und somit mehr Episoden wahrgenommen werden. Der Partner bzw. die Partnerin fungiert in diesem Modell als sensitive „Rückmeldung von außen“, da es den meisten Patientinnen und Patienten selbst schwer möglich ist hypomane bzw. leichte depressive Episoden zu erkennen.

Anzumerken ist hierbei, dass die Maximalwerte der durchlebten Episoden mit 150 Episoden für die depressive Phase und 125 manischen Episoden sehr hoch sind. Somit ist es leicht denkbar, dass diese Ausreißer das Ergebnis verzerren und somit eine fehlerhafte Schlussfolgerung nach sich ziehen.

Betrachtet man die Ergebnisse der bestehenden Literatur, so kommt diese meist zu dem Schluss, dass eine Partnerschaft als milder, aber dennoch protektiver Faktor zu werten sei (31,52).

Zieht man hingegen das Staging nach Kapczinski als Referenzwert für die Schwere der Erkrankung hinzu, so findet sich kein signifikanter Hinweis auf einen Zusammenhang in den Berechnungen.

Somit ist in dieser Stichprobe die herrschende Meinung, dass Erkrankte weniger häufig eine Beziehung haben, bestätigt worden. Jedoch lässt sich die Hypothese, dass auch die Schwere der Erkrankung einen Einfluss auf das Beziehungsleben hat, beim genaueren Blick in die Gruppe der Erkrankten nicht mehr so leicht replizieren. Neben der bereits erwähnten Fehlerquelle der Ausreißer, ist es auch denkbar, dass die gewählten Methoden nicht zielführend für diese Fragestellung waren. Für zukünftige Forschungsfragen bietet sich daher die genauere Evaluierung des Begriffs der „Schwere der bipolar affektiven Störungen“ genauso wie eine erneute, genauere Evaluierung hinsichtlich der Beziehungen an.

Für die beiden Fragebögen ZIP und RSP gilt die Limitation der gewählten Vergleichsgruppe. Diese ist mit einer Anzahl von 6 Personen deutlich geringer als die Gruppe der Erkrankten.

Dennoch scheint es Hinweise in der Kohorte zu geben, dass Patientinnen und Patienten signifikant weniger körperliche Zärtlichkeit, sexuelle Lust und Befriedigung erleben. In der Gesamtschau aus allen 25 Items des RSP fällt der Zusammenhang nicht so deutlich aus. Somit kann lediglich von leichten Hinweisen gesprochen werden. Diese machen deutlich, dass Personen welche an bipolar affektiven Störungen leiden, weniger häufig die oben genannten Arten der Zuneigung erfahren. Diese Erkenntnisse werden dadurch unterstützt, dass Referenzwerte aus der Literatur zu sehr ähnlichen Mittelwerten hinsichtlich einer durchschnittlichen Kontrollgruppe gelangen (103).

Unterteilt man die Werte des RSP Gesamt-Scores in die Gruppen „zufrieden“ (25 bis 75 Punkte) und „unzufrieden“ (76 bis 125), so ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und der Anzahl der depressiven Episoden. In der untersuchten Kohorte geht eine höhere Anzahl an depressiven Phasen daher eher mit einer Unzufriedenheit im Erleben von Liebe, Nähe und Zärtlichkeit einher. Dieses Ergebnis untermauert die aktuellen Forschungsergebnissen (31,52). Hinsichtlich der manischen Episoden, konnte jedoch kein statistisch signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den Resultaten der Fragestellung 6. Betrachtet man nur die Patientinnen und Patienten, für welche auch Daten des RSP vorliegen, so findet man eine maximale Anzahl von 35 depressiven Episoden (verglichen mit einer maximalen Anzahl von 150 Episoden in der Kohorte bei Fragestellung 6). Eine Verfälschung durch die bereits beschriebenen „Ausreißer“, könnte diese Diskrepanz erklären.

Ein Vorteil den die Erhebung der Zufriedenheit gegenüber der rein nominalen Variable „Partnerschaft – ja/nein“ besitzt ist, dass die Erhebung des RSP emotionale Ressourcen abbildet und nicht das reine Verhalten. Somit wird mit der Unterteilung in „zufrieden“ und „unzufrieden“ auch der inneren Bedeutung, und damit dem Einfluss auf die Lebensqualität, dem emotionalen Wohlbefinden, Raum gegeben.

Auch in der Literatur finden sich vermehrt Hinweise, dass die depressiven Phasen eher von psychosozialen Kofaktoren beeinflusst werden (38,42,45,52). Die weitere Erforschung dieses Unterschieds könnte sich zum Ziel setzen diese Unterschiede genauer zu analysieren und damit einen entscheidenden Beitrag spielen hinsichtlich Einflussnahme auf den Verlauf der Erkrankung und der Phasenprophylaxe.

Die Auswertung des Fragebogens ZIP lieferte, mit denselben Limitationen wie bereits beim RSP beschrieben, jedoch keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen der Erkrankten auf der einen und den Gesunden auf der anderen Seite. Zu bemerken ist jedoch, dass die mittlere Anzahl an Beziehungen welche über 3 Monate andauerten bei der Gruppe der Erkrankten erhöht ist. Dies spricht für eine unbeständigere Art der Beziehungsführung und ist damit ein Indiz für eine unsichere Bindungsrepräsentation (1,8).

Dies leitet über zu einer deutlichen Limitation dieser Arbeit. Die zu Beginn dieser Arbeit behandelte Bindungstheorie konnte direkt nicht überprüft werden, da die

Bindungsrepräsentation, wie sie in den einleitenden Kapiteln deutlich dargelegt wurde, im Rahmen des Studiendesigns der BIPLONG Studie nicht vorgesehen ist. Die erhobenen Daten können daher dieser inneren Repräsentation nur nachspüren. Einer Fährtenleserin gleich, blickt diese Arbeit den metaphorisch gesprochenen Spuren im Schnee nach. Die Hinweise, welche in der Durchsicht aktueller Studien gefunden werden konnten, weisen deutlich darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen den unsicher gebundenen Individuen und den bipolar affektiven Störungen besteht (1,31,56,106). Für die weiterführende Forschung gilt es diese Zusammenhänge sichtbar zu machen. Sich daraus ergebende Fragen sind zum Beispiel: Hat die Bindungsrepräsentation einen Einfluss auf die Schwere der Erkrankung? Besteht ein Zusammenhang zwischen der Bindungsrepräsentation und dem Beginn der ersten psychischen Symptome? Könnte die Bindungsrepräsentation, hinsichtlich Verlauf der bipolar affektiven Störungen, ein wichtiger Wegweiser sein?

Doch schon zum jetzigen Zeitpunkt ergibt sich auch für den klinisch tätigen Leser, die klinisch tätige Leserin, die Aufforderung das soziale Umfeld des Patienten, der Patientin zu betrachten und weiter noch, im Rahmen eines therapeutischen Settings auch aufzugreifen. Bei einem solch umfassenden Feld wie dem der Bindungen, in welchem verschiedenste Umfeldler miteinander verknüpft werden, sei es das früh gewobene Nest eines familiären Umfelds, oder auch das mit der Zeit gewachsene berufliche Umfeld. All diese Strukturen sollten im Sinne der zu behandelnden Person angedacht werden. Es sollte versucht werden zu erkennen, in welchen Bereichen dieses Netz aus Bindungen stabil und in welchen Bereichen die Verknüpfungen vielleicht nicht ausgebildet, oder ungenügend stabil sind. Denn die aktuellen Studien, und auch die Ergebnisse dieser Arbeit liefern deutliche Hinweise dafür, dass es sich bei der Gruppe an bipolar affektiven Störungen Erkrankter um ein Kollektiv handelt, welches besonders anfällig für fragile Bindungen zu sein scheint. So umfassend, kritischer gesprochen: undifferenziert, die aktuellen Hinweise betreffend dem Einfluss der Bindung auf die Erkrankung sind, so vielfältig scheinen auch die für den klinischen Alltag relevanten Angriffspunkte zu sein. Beginnend bei diversen Möglichkeiten eine Erkrankung in den Prodromalstadien früher zu erkennen und damit auch erfolgreicher therapieren zu können, weiter zu der besseren Diagnosestellung, der besseren Adherence, dem besseren Ansprechen auf medikamentöse Therapien, ist das Feld der potentiell positiv wirksamen Einflüsse denkbar groß. Ein Nutzen im Sinne eines bio-psycho-sozialen Denkens ist daher deutlich anzunehmen und zu erwarten.

Hinsichtlich der weiteren Bemühungen der Forschung ist es wünschenswert, dass zuerst eine genauere Beschreibung der Gruppe der bipolar affektiv erkrankten Personen hinsichtlich Bindungsrepräsentation stattfindet. Sobald diese Beschreibung erfolgt, könnte man sich mit weiteren Fragen beschäftigen, wie zum Beispiel: Unterscheidet sich die Gruppe der Erkrankten hinsichtlich Bindungsrepräsentation? Hat die Bindungsrepräsentation einen Einfluss auf die verordnete Medikation? Lässt sich ein Einfluss der Bindungsrepräsentation auf den Verlauf der Erkrankung beschreiben? Besteht ein Zusammenhang zwischen der Bindungsrepräsentation und der Anzahl der manischen bzw. depressiven Episoden?

Der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Fritz Morgenthaler (1919 - 1984) beschreibt ein Echo, welches sich zwischen der Therapeutin/ dem Therapeuten und der zu behandelnden Person ergibt. „Dieses emotionale Echo enthält die Reste und trägt die Spuren der Gäste, die am einst frischgedeckten Tisch des Kindes, das der Analysand einmal war, gesessen, gegessen, gefressen, gewütet, gefastet, verachtet, verschlungen ,gespuckt, gestohlen und getrunken haben (107).“ Es wäre ganz in meinem Sinn diese Diplomarbeit als Einladung an diese imaginierte Tafel zu lesen; eine Hand voll Fragen im Gepäck und den Mut diese auch zu stellen.

5 Literaturverzeichnis

- (1) Brisch KH. Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie. 12th ed. Stuttgart: Klett-Cotta; 1999.
- (2) Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, GW V. ; 1905d. p. 33-145.
- (3) Freud S. Abriß der Psychoanalyse. GW XVII. ; 1940a. p. 63-123.
- (4) BOWLBY J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 1958 Sep-Oct;39(5):350-373.
- (5) Balint M. Frühe Entwicklungsstadien des Ichs Primäre Objektliebe. *Imago, Zeitschrift für psychoanalytische Psychologie ihre Grenzgebiete und Anwendungen* 1937;23(3):270-288.
- (6) Uvnas-Moberg K. Neuroendocrinology of the mother-child interaction. *Trends Endocrinol Metab* 1996 May-Jun;7(4):126-131.
- (7) Ainsworth M. Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung. In: Grossmann K, Grossmann KE, editors. *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* Stuttgart: Klett-Cotta; 2003. p. 317-340.
- (8) Ainsworth M, Blehar MC, Waters E, Wall SN. *Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation.* New York: Psychology Press; 1978.
- (9) Belsky J. Attachment, mating, and parenting : An evolutionary interpretation. *Hum Nat* 1997 Dec;8(4):361-381.
- (10) Main M. Avoidance in the service of attachment: A working paper. In: Immelmann K, Barlow WG, Petrionovich L, Main M, editors. *Behavioral Development: The Bielefeld Interdisciplinary Project* New York: Cambridge University Press; 1981. p. 651-693.
- (11) Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Chicago, IL, US: University of Chicago Press; 1990. p. 121-160.
- (12) Hesse E, Main M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Dev Psychopathol* 2006 Spring;18(2):309-343.
- (13) Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev* 2005 Dec;7(4):349-367.
- (14) Moeller H-, Laux G, Kapfhammer H- editors. *Psychiatrie und Psychotherapie.* 5th ed. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH; 2017.
- (15) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry - Volume I.* 9th ed.: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- (16) Faedda GL, Serra G, Marangoni C, Salvatore P, Sani G, Vazquez GH, et al. Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *J Affect Disord* 2014 Oct;168:314-321.

- (17) Berger M, Hecht H editors. *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie*. 4th ed. Muenchen: Urban & Fischer Verlag; 2012.
- (18) Kalman JL, Papiol S, Forstner AJ, Heilbronner U, Degenhardt F, Strohmaier J, et al. Investigating polygenic burden in age at disease onset in bipolar disorder: Findings from an international multicentric study. *Bipolar Disord* 2018 Jun 28.
- (19) Bengesser SA, Reininghaus EZ, Lackner N, Birner A, Fellendorf FT, Platzer M, et al. Is the molecular clock ticking differently in bipolar disorder? Methylation analysis of the clock gene ARNTL. *World J Biol Psychiatry* 2016 Oct 14:1-9.
- (20) Francis D, Diorio J, Liu D, Meaney MJ. Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science* 1999 Nov 5;286(5442):1155-1158.
- (21) Miller L, Kramer R, Warner V, Wickramaratne P, Weissman M. Intergenerational transmission of parental bonding among women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 Aug;36(8):1134-1139.
- (22) McGowan PO, Kato T. Epigenetics in mood disorders. *Environ Health Prev Med* 2008 Jan;13(1):16-24.
- (23) Belvederi Murri M, Prestia D, Mondelli V, Pariante C, Patti S, Olivieri B, et al. The HPA axis in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2016 Jan;63:327-342.
- (24) Szczepankiewicz A, Narozna B, Rybakowski JK, Kliwicki S, Czerski P, Dmitrzak-Weglarczyk M, et al. Genes involved in stress response influence lithium efficacy in bipolar patients. *Bipolar Disord* 2018 Dec;20(8):753-760.
- (25) Chang HS, Won E, Lee HY, Ham BJ, Lee MS. Association analysis for corticotropin releasing hormone polymorphisms with the risk of major depressive disorder and the response to antidepressants. *Behav Brain Res* 2015 Oct 1;292:116-124.
- (26) Pu M, Zhang Z, Xu Z, Shi Y, Geng L, Yuan Y, et al. Influence of genetic polymorphisms in the glutamatergic and GABAergic systems and their interactions with environmental stressors on antidepressant response. *Pharmacogenomics* 2013 Feb;14(3):277-288.
- (27) Papiol S, Arias B, Gasto C, Gutierrez B, Catalan R, Fananas L. Genetic variability at HPA axis in major depression and clinical response to antidepressant treatment. *J Affect Disord* 2007 Dec;104(1-3):83-90.
- (28) Jacobson L. Forebrain glucocorticoid receptor gene deletion attenuates behavioral changes and antidepressant responsiveness during chronic stress. *Brain Res* 2014 Oct 2;1583:109-121.
- (29) Miklowitz DJ, Johnson SL. Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *Clin Psychol (New York)* 2009 Jun 1;16(2):281-296.
- (30) Harnic D, Pompili M, Innamorati M, Erbuto D, Lamis DA, Briani P, et al. Affective temperament and attachment in adulthood in patients with Bipolar Disorder and Cyclothymia. *Compr Psychiatry* 2014 May;55(4):999-1006.
- (31) Greenberg S, Rosenblum KL, McInnis MG, Muzik M. The role of social relationships in bipolar disorder: a review. *Psychiatry Res* 2014 Oct 30;219(2):248-254.

- (32) Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Jr, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry* 2002 Feb 15;51(4):288-297.
- (33) Post RM, Altshuler LL, Kupka R, McElroy SL, Frye MA, Rowe M, et al. Verbal abuse, like physical and sexual abuse, in childhood is associated with an earlier onset and more difficult course of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015 May;17(3):323-330.
- (34) Plotsky PM, Meaney MJ. Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (CRF) mRNA, median eminence CRF content and stress-induced release in adult rats. *Brain Res Mol Brain Res* 1993 May;18(3):195-200.
- (35) Lima AR, Mello MF, Andreoli SB, Fossaluza V, de Araujo CM, Jackowski AP, et al. The impact of healthy parenting as a protective factor for posttraumatic stress disorder in adulthood: a case-control study. *PLoS One* 2014 Jan 29;9(1):e87117.
- (36) Gomes FG, Passos IC, Krolow AC, Reckziegel R, Vasconcelos-Moreno MP, Spanemberg L, et al. Differences in parental bonding between schizophrenia and bipolar disorder: Evidence of prodromal symptoms? *Schizophr Res* 2015 Jul;165(2-3):134-137.
- (37) Berutti M, Dias RS, Pereira VA, Lafer B, Nery FG. Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2016 Mar 1;192:28-33.
- (38) Kim EY, Miklowitz DJ, Biuckians A, Mullen K. Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *J Affect Disord* 2007 Apr;99(1-3):37-44.
- (39) Cummings EM, Keller PS, Davies PT. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *J Child Psychol Psychiatry* 2005 May;46(5):479-489.
- (40) Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001 Oct;42(7):871-889.
- (41) Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes CW, Garber J, et al. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study. *Am J Psychiatry* 2008 Sep;165(9):1136-1147.
- (42) Weissman MM, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Warner V, Pilowsky D, Kohad RG, et al. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *Am J Psychiatry* 2016 Oct 1;173(10):1024-1032.
- (43) Duffy A, Alda M, Hajek T, Sherry SB, Grof P. Early stages in the development of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2010 Feb;121(1-2):127-135.
- (44) Nijjar R, Ellenbogen MA, Hodgins S. Sexual Risk Behaviors in the Adolescent Offspring of Parents with Bipolar Disorder: Prospective Associations with Parents' Personality and Externalizing Behavior in Childhood. *J Abnorm Child Psychol* 2016 Oct;44(7):1347-1359.
- (45) Weissman MM, Berry OO, Warner V, Gameroff MJ, Skipper J, Talati A, et al. A 30-Year Study of 3 Generations at High Risk and Low Risk for Depression. *JAMA Psychiatry* 2016 Sep 1;73(9):970-977.
- (46) Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):646-653.

- (47) Lau P, Hawes DJ, Hunt C, Frankland A, Roberts G, Mitchell PB. Prevalence of psychopathology in bipolar high-risk offspring and siblings: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018 Jul;27(7):823-837.
- (48) Lee HA, Kim JS, Lee YJ, Heo NH, Shim SH, Kwon YJ. Differences in Psychopathology between Offspring of Parents with Bipolar I Disorder and Those with Bipolar II Disorder: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry Investig* 2018 Dec;15(12):1135-1143.
- (49) Bauer R, Spiessl H, Helmbrecht MJ. Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* 2015 Jan 31;3:2-015-0021-5. eCollection 2015.
- (50) Kogan JN, Otto MW, Bauer MS, Dennehy EB, Miklowitz DJ, Zhang HW, et al. Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Bipolar Disord* 2004 Dec;6(6):460-469.
- (51) Post RM, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, Keck PE, Jr, et al. An overview of recent findings of the Stanley Foundation Bipolar Network (Part I). *Bipolar Disord* 2003 Oct;5(5):310-319.
- (52) Lieberman DZ, Massey SH, Goodwin FK. The role of gender in single vs married individuals with bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2010 Jul-Aug;51(4):380-385.
- (53) Grover S, Nehra R, Thakur A. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. *Ind Psychiatry J* 2017 Jul-Dec;26(2):114-120.
- (54) Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar Disord* 2016 Mar;18(2):192-199.
- (55) Shaver PR, Mikulincer M, Cassidy J. Attachment, caregiving in couple relationships, and prosocial behavior in the wider world. *Curr Opin Psychol* 2019 Feb;25:16-20.
- (56) Dykas MJ, Cassidy J. Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychol Bull* 2011 Jan;137(1):19-46.
- (57) Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell –Grundzüge eines wissenschaftlichbegründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin* 2005;16(2):3-12.
- (58) Bender RE, Alloy LB. Life stress and kindling in bipolar disorder: review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clin Psychol Rev* 2011 Apr;31(3):383-398.
- (59) Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992 Aug;149(8):999-1010.
- (60) Alloy LB, Abramson LY. The Role of the Behavioral Approach System (BAS) in Bipolar Spectrum Disorders. *Curr Dir Psychol Sci* 2010 Jun 1;19(3):189-194.
- (61) Monroe SM, Harkness KL. Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychol Rev* 2005 Apr;112(2):417-445.
- (62) Post RM. Epigenetic basis of sensitization to stress, affective episodes, and stimulants: implications for illness progression and prevention. *Bipolar Disord* 2016 Jun;18(4):315-324.

- (63) American Psychiatric Association editor. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®. 1st ed.: Hogrefe; 2014.
- (64) Wright P, Stern J, Phelan M editors. Core Psychiatry. 3rd ed.: Saunders Elsevier; 2000.
- (65) Robb JC, Cooke RG, Devins GM, Young LT, Joffe RT. Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 1997 Sep-Oct;31(5):509-517.
- (66) Ostacher MJ, Nierenberg AA, Iosifescu DV, Eidelman P, Lund HG, Ametrano RM, et al. Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008 Jul;118(1):49-56.
- (67) Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003;17(7):491-511.
- (68) Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Dec;116(6):419-428.
- (69) Schaffer A, Isometsa ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2015 Sep;49(9):785-802.
- (70) Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord* 2013 Aug;15(5):457-490.
- (71) Schaffer A, Isometsa ET, Azorin JM, Cassidy F, Goldstein T, Rihmer Z, et al. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2015 Nov;49(11):1006-1020.
- (72) Kamali M, Saunders EFH, Assari S, Ryan KA, Marshall DF, McInnis MG. Mood, Dimensional Personality, and Suicidality in a Longitudinal Sample of Patients with Bipolar Disorder and Controls. *Suicide Life Threat Behav* 2018 Nov 19.
- (73) Tsai SY, Lee JC, Chen CC. Characteristics and psychosocial problems of patients with bipolar disorder at high risk for suicide attempt. *J Affect Disord* 1999 Jan-Mar;52(1-3):145-152.
- (74) Voderholzer U, Hohagen F editors. Therapie psychischer Erkrankungen - State of the Art. 13th ed. München: Elsevier; 2018.
- (75) Mutschler E, Geisslinger G, Kroemer HK, Menzel S, Ruth P. Mutschler Arzneimittelwirkungen - Lehrbuch der Pharmakologie, der klinischen Pharmakologie und Toxikologie. 10th ed. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH; 2013.
- (76) Ohlund L, Ott M, Oja S, Bergqvist M, Lundqvist R, Sandlund M, et al. Reasons for lithium discontinuation in men and women with bipolar disorder: a retrospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2018 Feb 7;18(1):37-018-1622-1.
- (77) Benkert O, Hippus H editors. Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 11th ed. Berlin: Springer-Verlag; 2017.

- (78) Sabaté E, World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Adherence to long-term therapies: policy for action: meeting report, 4-5 June 2001. 2001.
- (79) Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sanchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2005;7 Suppl 5:24-31.
- (80) Sajatovic M, Bauer MS, Kilbourne AM, Vertrees JE, Williford W. Self-reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2006 Jan;57(1):56-62.
- (81) Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol* 2008 Mar;23(2):95-105.
- (82) Greene M, Paladini L, Lemmer T, Piedade A, Touya M, Clark O. Systematic literature review on patterns of pharmacological treatment and adherence among patients with bipolar disorder type I in the USA. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018 Jun 14;14:1545-1559.
- (83) Selvakumar N, Menon V, Kattimani S. A Cross-sectional Analysis of Patterns and Predictors of Medication Adherence in Bipolar Disorder: Single Center Experience from South India. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2018 May 31;16(2):168-175.
- (84) Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002 Mar;105(3):164-172.
- (85) Johnson FR, Ozdemir S, Manjunath R, Hauber AB, Burch SP, Thompson TR. Factors that affect adherence to bipolar disorder treatments: a stated-preference approach. *Med Care* 2007 Jun;45(6):545-552.
- (86) Jonsdottir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, Simonsen C, Engh JA, Ringen PA, et al. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2013 Jan;127(1):23-33.
- (87) Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009 Mar;194(3):260-265.
- (88) Niolu C, Barone Y, Bianciardi E, Ribolsi M, Marchetta C, Robone C, et al. Predictors of poor adherence to treatment in inpatients with bipolar and psychotic spectrum disorders. *Riv Psichiatr* 2015 Nov-Dec;50(6):285-294.
- (89) Horne R, Weinman J. Predicting treatment adherence: An overview of theoretical models. Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers; 1998. p. 25-50.
- (90) Chakrabarti S. Treatment alliance and adherence in bipolar disorder. *World J Psychiatry* 2018 Nov 9;8(5):114-124.
- (91) Scott J, Tacchi MJ. A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis. *Bipolar Disord* 2002 Dec;4(6):386-392.
- (92) Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, et al. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosom Med* 2004 Sep-Oct;66(5):720-728.

- (93) Meng X, D'Arcy C, Adams GC. Associations between adult attachment style and mental health care utilization: Findings from a large-scale national survey. *Psychiatry Res* 2015 Sep 30;229(1-2):454-461.
- (94) Quideau I. *Verführen und Begehren. Die psychoanalytische Sexualtheorie nach Freud*. 1st ed.: Klett-Cotta - J.G. Cotta'sche Buchhandlung; 2008.
- (95) Batra A, Wassmann R, Buchkremer G editors. *Verhaltenstherapie*. 4th ed. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2013.
- (96) Davidson RJ. Neuropsychological perspectives on affective styles and their cognitive consequences. In: Dalgleish T, Power M, editors. *Handbook of cognition and emotion*: John Wiley & Sons; 1999. p. 361-387.
- (97) Hayden EP, Bodkins M, Brenner C, Shekhar A, Nurnberger JI, Jr, O'Donnell BF, et al. A multimethod investigation of the behavioral activation system in bipolar disorder. *J Abnorm Psychol* 2008 Feb;117(1):164-170.
- (98) Fulford D, Johnson SL, Llabre MM, Carver CS. Pushing and coasting in dynamic goal pursuit: coasting is attenuated in bipolar disorder. *Psychol Sci* 2010 Jul;21(7):1021-1027.
- (99) Butler M, Urosevic S, Desai P, Sponheim SR, Popp J, Nelson VA, et al. Quality of life following remission of mental disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. 2018 Aug.
- (100) Lam D, Wong G, Sham P. Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder--a naturalistic study. *Psychol Med* 2001 Nov;31(8):1397-1402.
- (101) Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Grassi-Oliveira R, Colom F, et al. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Rev Neurother* 2009 Jul;9(7):957-966.
- (102) Hassebrauck M. ZIP - Ein Instrumentarium zur Erfassung der Zufriedenheit in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 1991:256-259.
- (103) Klingler OJ, Loewit kK. Der Fragebogen "Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft" (RSP) - Konzeption und erste Ergebnisse zur Validität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1996;17(4):268-275.
- (104) Richter D, Brähler E, Ernst J editors. *Diagnostische Verfahren für Beratung und Therapie von Paaren und Familien*. 1st ed.: Hogrefe; 2015.
- (105) Demissie M, Hanlon C, Birhane R, Ng L, Medhin G, Fekadu A. Psychological interventions for bipolar disorder in low- and middle-income countries: systematic review. *BJPsych Open* 2018 Aug 30;4(5):375-384.
- (106) Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev* 2005 Dec;7(4):349-367.
- (107) Morgenthaler F. *Technik - Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis*. 2nd ed.: Psychosozial-Verlag; 2017.

Anhang – Fragebogen

ZIP . Zufriedenheit in der Paarbeziehung (Hassebrauck 1991)

Wir möchten Sie nun bitten, einige Angaben zu Ihrer aktuellen bzw. letzten Paarbeziehung zu machen. Lesen Sie die Fragen bitte in Ruhe durch, und kreuzen Sie wiederum die Ihrer Antwort entsprechende Zahl an.

1. Wie zufrieden sind/waren Sie im Großen und Ganzen mit Ihrer Beziehung?

gar nicht zufrieden				sehr zufrieden
1	2	3	4	5

2. Wie gut ist/war Ihre Beziehung im Vergleich zu den Beziehungen der meisten anderen Paare?

gar nicht gut				sehr gut
1	2	3	4	5

3. Wie oft wünschen Sie sich/haben Sie sich gewünscht, dass Sie diese Beziehung lieber nicht hätten?

sehr oft				nie
1	2	3	4	5

4. Wie gut erfüllt/erfüllte Ihre Beziehung Ihre ursprünglichen Erwartungen?

gar nicht gut				sehr gut
1	2	3	4	5

5. Wie sehr lieben Sie Ihren Partner/in?/ Wie sehr haben Sie Ihren Partner/in geliebt?

gar nicht				sehr
1	2	3	4	5

6. Wie viele Probleme gibt/gab es in Ihrer Beziehung?

sehr viele				gar keine
1	2	3	4	5

7. Wie gut erfüllt/erfüllte Ihr Partner/in Ihre Wünsche und Bedürfnisse?

gar nicht gut				sehr gut
1	2	3	4	5

1. Beziehungsstatus derzeit

in einer lockeren Beziehung in einer festen Beziehung verheiratet

2. Wie lange besteht Ihre aktuelle Beziehung schon? _____

3. Wie viele Beziehungen, die länger als 3 Monate andauerten, hatten Sie bisher?

Liebe, Lust und Zärtlichkeit können eine wichtige Quelle der Freude sein.

Wie häufig konnten Sie sich in den vergangenen 4 Wochen darüber freuen:

1. Körperlich begehrenswert zu sein?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

2. Dass Sie ein naher Mensch gerne liebkost?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

3. Sexuelle Lust zu erleben?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

4. Dass jemand verlässlich zu Ihnen steht?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

5. Dass Sie über Ihre sexuellen Bedürfnisse sprechen können?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

6. Dass Sie verstanden und akzeptiert werden?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

7. Einen sexuellen Höhepunkt zu genießen?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

8. Zärtlichkeit genießen zu können?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

9. Auf das andere Geschlecht anziehend zu wirken?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

10. Dass Sie die Haut eines vertrauten Menschen fühlen können?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

11. Sexuelle Phantasien ausleben zu können?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

12. Dass Sie jemandem Freude bereiten können?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

13. Sexuelle Befriedigung zu finden?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

14. Liebevoll in den Arm genommen zu werden?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

15. Sexuelle Lust zu bereiten?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

16. Dass Sie sexuelle Wünsche äußern dürfen?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

17. Sich zufrieden im Spiegel betrachten zu können?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

18. Dass jemand Ihre sexuellen Bedürfnisse versteht?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

19. Dass jemand an Ihnen Anteil nimmt?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

20. Auf Ihren Körper stolz sein zu können?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

21. Dass sich jemand bemüht Ihre sexuellen Bedürfnisse zu verstehen?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

22. Komplimente für Ihr Aussehen zu bekommen?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

23. Die Wärme eines anderen Menschen spüren zu können?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

24. Dass jemand Ihre Sorge mit Ihnen teilt?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5

25. Dass Sie, wenn erforderlich, sexuelle Probleme offen ansprechen könnten?

sehr häufig	häufig	manchmal	selten	sehr selten
1	2	3	4	5