

Diplomarbeit

**Der Einfluss von Bipolarität auf das
Sexual- und Beziehungsverhalten**

eingereicht von
**Martina Leodolter
Bernadette Stebbegg**

zur Erlangung des akademischen Grades
**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der
Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der
Universitätsklinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von
**Univ.-Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Kapfhammer
Ass. Dr. Eva Schmidt**

Graz, Juli 2009

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 benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 21.07.2009

Martina Leodolter

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 benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 21.07.2009

Bernadette Stebbegg

Danksagung

verfasst von Martina Leodolter

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meinem Hauptbetreuer, Univ.-Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Kapfhammer, und meiner Zweitbetreuerin, Ass. Dr. Eva Schmidt, für die tatkräftige Unterstützung bei der Erstellung dieser Diplomarbeit bedanken.

Ein besonderes Dankeschön gilt allen Patienten, die sich freundlicherweise für diese Arbeit zur Verfügung gestellt haben.

Ich darf meinen Eltern, die mir mein Studium ermöglicht haben und meiner ganzen Familie, die mir immer großen Rückhalt gegeben hat, ein sehr herzliches Dankeschön aussprechen.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Kollegin und guten Freundin Bernadette Stebbegg, mit der ich gemeinsam diese Arbeit verfasst habe, für die erfolgreiche Zusammenarbeit bedanken.

Danksagung

verfasst von Bernadette Stebbegg

Allererst möchte ich mich bei meinen zwei Betreuern, Herr Prof. DDr. Kapfhammer und Frau Ass. Dr. Eva Schmidt, für die tatkräftige Unterstützung und gute Zusammenarbeit während der ganzen Zeit bedanken.

Ein herzlicher Dank gilt auch allen Patienten, die an dieser Arbeit teilgenommen haben, und uns in sehr offenen und netten Gesprächen einen Einblick in ihr Privatleben gewährt haben.

Ein großer Dank gilt auch meiner Familie, die mir dieses Studium erst ermöglichten und immer ein offenes Ohr für meine Fragen und Probleme hatten.

Auch meinem Freund möchte ich einen Dank aussprechen, da er immer für mich da war, wenn ich ihn gebraucht habe.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Kollegin und guten Freundin Martina Leodolter, mit der ich gemeinsam durch alle Höhen und Tiefen dieser Diplomarbeit gegangen bin. Trotz all der großen und kleinen Schwierigkeiten sind wir immer noch gut befreundet. Danke dafür!

Zusammenfassung

Die Auswirkungen der bipolaren Störung auf das Privatleben (insbesondere das Sexual- und Beziehungsverhalten) ist immer noch ein unerforschtes Gebiet. Daher ist es unser Ziel, mit dieser detaillierten Literaturrecherche und Befragung der Patienten, dieses immer noch tabuisierte Thema zu beleuchten.

In der Vergangenheit wurde in Studien dieser Art hauptsächlich auf das Problem der sexuell übertragbaren Krankheiten Wert gelegt. Dabei ergab sich eine Häufung von sexuell übertragbaren Krankheiten (STDs) bei psychiatrischen Patienten, was auf ein vermindertes Wissen über diese Krankheiten (im Besonderen HIV) sowie auf mangelnde Verhütungsmaßnahmen zurückzuführen ist. Ein weiteres Gebiet, das untersucht wurde, waren sexuelle Funktionsstörungen im Zusammenhang mit der Einnahme von Psychopharmaka.

Jene Studien, die die sexuelle Zufriedenheit evaluierten, arbeiteten mit einem Patientenkollektiv verschiedener psychiatrischer Erkrankungen, in dem bipolare Patienten eine Minderheit darstellten. Die Ergebnisse dieser Studien zeigten eine Häufung von sexuellen Dysfunktionen, eine geringere Frequenz an sexuellen Kontakten und eine Verminderung des Selbstvertrauens bei den betroffenen Patienten. Außerdem berichteten die Partner der Patienten über eine geringere Zufriedenheit bezogen auf die Sexualität und die Beziehung.

Im Rahmen unserer Arbeit führten wir mit zehn bipolaren Patienten, die die Selbsthilfegruppe der Universitätsklinik für Psychiatrie besuchten oder dort stationär waren, ein ausführliches Interview, in dem wir sie zu ihrer sexuellen Zufriedenheit und Zufriedenheit in der Beziehung befragten. Um eine schwere depressive Phase auszuschließen, füllten die Patienten außerdem einen BDI (Becks Depression Inventory) Fragebogen aus. So entstanden genaue Patientenberichte, die wir anschließend auswerteten und untereinander verglichen. Bei der Analyse dieser Daten fand sich ein Mittelwert von 3,4 (im Schulnotensystem von eins bis sechs, eins= sehr gut, sechs= sehr schlecht) bezogen auf die sexuelle Zufriedenheit. Die sechs Patienten, die in einer Partnerschaft leben gaben eine mittlere Zufriedenheit von 2,8 an und die vier Singles unter den Teilnehmern berichteten im Mittel von einer Zufriedenheit als Single von 4,3.

Die relativ hohen Werte geben einen Hinweis auf eine diesbezügliche negative Auswirkung der Erkrankung und somit den Anstoß für weitere Forschung auf diesem Gebiet.

Da sowohl die sexuelle Zufriedenheit als auch die Zufriedenheit in einer Partnerschaft wichtige Faktoren für die Lebensqualität sind, könnte man anhand der Ergebnisse problemspezifische Therapiemaßnahmen anbieten (Paartherapie, Sexualtherapie, verschiedene Selbsthilfegruppen, Medikamente) und den Patienten und ihren Angehörigen helfen, die krankheits-assoziierten Probleme bezogen auf Sexualität und Partnerschaft zu akzeptieren und integrieren.

Abstract

The influence of bipolar disorder on privacy (especially on sexuality and partnership) is still quite unexplored. So it is our ambition to explore this matter out of bounds.

We performed a circumstantial literature research about this topic as well as interviews with patients with bipolar affective disorder.

So far, studies of psychiatric patients, have mainly dealt with sexual transmitted diseases and sexual dysfunctions in association with psychotropic drugs. There are studies concerning sexual satisfaction in patients suffering from different kinds of psychiatric diseases, but bipolar patients were little represented. The few existing data found an accumulation of sexual dysfunction, a lower frequency of sexual contacts and a decreased self-confidence in bipolar patients and also their partners reported on lower sexual and partnership satisfaction.

During our work we conducted interviews about their sexual satisfaction and contentment with their relationships with ten bipolar patients, who visited the self-help group or were patients of the University Clinic of Psychiatry. In addition the patients completed a BDI form (Becks Depression Inventory) to exclude a severe depressive episode. The results were detailed descriptions of our patients, which we tried to interpret and to compare among each other and the existing literature. Our analysis showed a mean of 3.4 (in a grading system from one to six, one=excellent, six=unsatisfied) concerning the sexual satisfaction. The six patients, who lived in a relationship, reported an average contentment of 2.8 and the four singles among our participants referred a mean satisfaction of 4.3. These quite demanding values point to a negative impact of the disease on sexuality and partnership and hence initiate more research work on this topic.

As sexual and partnership satisfaction are important parameters for quality of life, we look forward to use our research results to offer problem-specific therapies, but also for helping patients and their families to accept and integrate illness-related problems in relationship and sexuality.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Bipolare Störung	2
2.1 Definition nach ICD-10.....	2
2.2 Historie	2
2.3 Epidemiologie	4
2.4 Ätiologie und Pathogenese.....	4
2.5 Klinik, Diagnostik und Differentialdiagnostik.....	5
2.5.1 Klinik.....	5
2.5.2 Diagnostik	6
2.5.3 Differentialdiagnostik.....	8
2.6. Klassifikation	9
2.7. Therapie.....	11
2.7.1 Allgemeines.....	11
2.7.2 Medikamentöse Therapie	19
2.7.3 Psychotherapie	24
2.7.4 Andere Therapieformen	24
3. Sexualität	26
3.1. Allgemeines.....	26
3.2. Der sexuelle Reaktionszyklus	27
3.2.1. Erregungsphase	27
3.2.2. Plateauphase	28
3.2.3. Orgasmusphase.....	28
3.2.4. Rückbildungsphase.....	29
3.3. Sexuelle Funktionsstörungen	29
3.3.1. Definition	29
3.3.2. Epidemiologie	30
3.3.3. Ursachen.....	31
3.3.4. Klassifikation und Diagnostik.....	33
3.3.5. Therapie.....	34

3.4. Andere Sexualstörungen	36
3.4.1. Paraphilie	37
3.4.2. Geschlechtsidentitätsstörungen	37
4. Partnerschaft	38
4.1. Partnerschaftsdiagnostik	38
4.1.1. Implizite und explizite Verfahren	38
4.1.2. Verhaltensbeobachtung	39
4.2. Theorien und Modell der Partnerschaft	39
4.3. Singles	42
5. Sexualität, Partnerschaft und Bipolarität	43
5.1. Sexualität	43
5.2. Beziehung	45
6. Fallberichte	47
6.1. Interview	47
6.2. Patientenbeschreibungen	49
6.3. Vergleich	61
7. Ausblick	67
8. Literaturverzeichnis	68
Anhang	78

Aufteilung unter den beiden Autoren:

Die Kapitel 1., 2. und 3. wurden von uns beiden zu gleichen Teilen erarbeitet.

In Kapitel 4. hat Bernadette Stebbegg, und in Kapitel 5. Martina Leodolter die Hauptarbeit geleistet. Jeweils fünf Patientenbeschreibungen (Kapitel 6.2.) wurden von jedem von uns verfasst: Frau G.1, Frau K., Herr Z., Herr G. und Frau P. von Bernadette Stebbegg und Frau S., Herr N., Frau G.2, Herr K. und Herr F. von Martina Leodolter. Die Kapitel 6.1., 6.3. und 7. haben wir wieder gemeinsam geschrieben.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bipolar I in Anlehnung an Wormer, 2002

(<http://www.bipolare-erkrankungen.de/symptome/verlaufsformen.html>)

Abbildung 2: Bipolar II in Anlehnung an Wormer, 2002 (<http://www.bipolare-erkrankungen.de/symptome/verlaufsformen.html>)

Abbildung 3: Zylothymie in Anlehnung an Taylor, 2006

Abbildung 4: In Anlehnung an Suppes et Dennehy, 2002

Abbildung 5: In Anlehnung an Suppes et Dennehy, 2002

Abkürzungsverzeichnis

AAP	Atypisches Antipsychotikum
ACE	Angiotensin Converting Enzym
AD	Antidepressivum
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AK	Antikonvulsiva
al.	aliens
BDI	Beck Depression Inventory
bzw.	beziehungsweise
Ca	Kalzium
ca.	zirka
CK	Creatininkinase
D2	Dopamin ₂
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Version
EKT	Elektrokrampftherapie
etc.	et cetera
FBK	Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers
GABA	Gabaaminobuttersäure
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Version
INPC	Internationaler Psychiatrie Kongress
MIS	Mood Incongruent Symptoms
NMDA	N-Methyl-D-Aspartat
PDE5	Phosphodiesterasehemmer Typ 5
SNRI	Selektiver Noradrenalin Reuptake Inhibitor
SSNRI	Selektiver Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitor
SSRI	Selektiver Serotonin Reuptake Inhibitor
STD	Sexual Transmitted Disease
TSST	Tübinger Skalen zur Sexualtherapie
v. a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel
ZIP	Zufriedenheit in der Partnerschaft

ZNS	Zentralnervensystem
%	Prozent

1. Einleitung

verfasst von Martina Leodolter und Bernadette Stebbegg

Als Kriterien für die Wahl des Themas für unsere Diplomarbeit standen für uns selbstständiges Arbeiten und intensiver Patientenkontakt im Vordergrund. So ergab sich die Möglichkeit, dieses gesellschaftlich immer noch tabuisierte Thema zu behandeln, welches sich als sehr interessant erwies und uns durch die intensive Arbeit mit psychiatrischen Patienten immer wieder vor neue Herausforderungen stellte. Da unsere Betreuer uns in der Durchführung dieser Arbeit gut unterstützt, uns aber trotzdem in der Planung und Durchführung freie Hand gelassen haben, bot sich uns die Chance, wissenschaftliches Arbeiten von Grund auf in all seinen Facetten kennen zu lernen.

Bereits am Anfang unserer Literaturrecherche sahen wir, dass die Auswirkungen von verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen (vor allem der bipolaren Störung) auf das Privatleben (insbesondere das Sexual- und Beziehungsverhalten) immer noch ein ziemlich unerforschtes Gebiet ist, was unser Interesse noch mehr weckte. Auf der Suche nach einer geeigneten Methode zur Explorierung der benötigten Daten, zeigte sich, dass direkte Befragungen mittels Interview und/oder Fragebögen die geeignetsten Methoden darstellen.

Zu Beginn gehen wir auf das Krankheitsbild der bipolaren Störung, mit besonderem Augenmerk auf die medikamentöse Therapie und deren Nebenwirkungen auf die Sexualität, ein. In den beiden darauf folgenden Abschnitten behandeln wir die Komplexität der Thematiken Sexualität und Partnerschaft sehr ausführlich, um in Kapitel fünf das Zusammenspiel dieser beiden Faktoren mit der Erkrankung Bipolarität anhand der bereits existierenden Literatur zu beschreiben.

Im Anschluss daran berichten wir von zehn Patienten, die wir im Laufe unserer Tätigkeit kennen lernten und die uns in spannenden Gesprächen Einblick in ihr Privatleben gewährten. Die dadurch gewonnenen Informationen interpretieren- und vergleichen wir danach untereinander. Abschließend geben wir einen kurzen Ausblick auf weitere geplante Forschungstätigkeiten auf diesem Gebiet.

Um den Lesefluss dieser Arbeit zu gewährleisten, haben wir auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet.

2. Bipolare Störung

verfasst von Martina Leodolter und Bernadette Stebbegg

2.1 Definition nach ICD-10

Bipolare affektive Störung (F.31.-)

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und gesteigerter Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer reduzierten Stimmungslage, vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren (Dilling et al., 2008).

2.2 Historie

Verstimmungszustände, die dem heutigen Verständnis einer affektiven Störung entsprechen, sind bereits seit dem Altertum bekannt. Bereits im alten Griechenland, im Persischen Reich und in Biblischen Aufzeichnungen wurden depressive und manische Episoden beschrieben. Hippokrates zum Beispiel beschrieb Zustände der Manie und Melancholie, welche jedoch noch nicht mit den heutigen Begriffen gleichgesetzt werden können. Manie entsprach nach seiner Auffassung einer akuten erregten Psychoseform und Melancholie eher ruhigen chronischen Formen der Psyche. Außerdem war er der Auffassung, dass psychischen Erkrankungen häufiger organische Ursachen als spirituelle zugrunde liegen. Bis in die Neuzeit wurde dieses hippokratische Verständnis beibehalten. Robert Burton war der erste, der im Jahre 1624 eine neue Einteilung depressiver Formen unter dem Titel „Anatomy of Melancholy“ vornahm. Im späten 17. Jahrhundert beschrieb Theophile Bonet Patienten die zwischen Hochs und Tiefs wechselten. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieben zwei Forscher namens Baillarger und Falret die Manie und Depression als ein zusammengehöriges und eigenständiges Krankheitsbild und bezeichneten dieses als „folie à double forme“ oder „folie circulaire“. Als Ursache dafür sahen sie genetische Faktoren und stellten die Hypothese auf, dass ein Medikament dagegen erforscht werden könnte. Emil Kraepelin führte die Arbeit dieser beiden Forscher fort und prägte unser gegenwärtiges Konzept affektiver Störungen

wesentlich. 1896 benannte er in seinem Buch die Krankheit als manisch-depressive Geistesstörung, welche in einer modifizierten Form bis heute besteht (Taylor, 2002; Torrey et Knable, 2002).

So schrieb er darüber in seinem Buch:

„Manic-depressive insanity [...] includes on the one hand the whole domain of the so-called periodic and circular insanity, on the other hand simple mania, the greater part of the morbid states termed melancholia and also a not inconsiderable number of cases of amentia (confusional insanity).”¹

Abweichend von Kraepelins Theorie wurde von dem deutschen Psychiater Leonhard und den skandinavischen Psychiatern-, bipolare und unipolare Störungen unterschieden. Dies wurde von Angst und Perris durch klinische und genetische Untersuchungen untermauert. Diese Unterscheidung wird in den heutigen Diagnosesystemen unter dem Überbegriff der affektiven Störungen immer noch verwendet (Goodwin et Jamison, 2007; Lenz et Küfferle, 1998; Taylor, 2006).

Dazu schrieb Karl Leonhard:

„It was the work of Angst and Perris that helped spread my theory that unipolar and bipolar diseases [...] have different clinical pictures. The bipolar form displaces a considerably more colourful appearance; it varies not only between the two poles, but in each phase offers different pictures. The unipolar forms [...] return, in a periodic course, with the same symptomatology.”²

Den affektiven Störungen werden heute abgesehen von Manie, Depression und bipolarer Störung auch Zykllothymie und Dysthymie als lang anhaltende Verstimmungszustände mit geringer Symptomatik, zugeordnet (Goodwin et Jamison, 2007; Lenz et Küfferle, 1998; Taylor, 2006).

¹ Kraepelin E., 1921, 1

² Leonhard K., 1979, 3-4

2.3 Epidemiologie

Die WHO hat die bipolare Störung unter die Top Zehn der „zur Behinderung führenden Erkrankungen“ sowohl in den Entwicklungsländern als auch in der westlichen Welt gelistet (Goodwin et Jamison, 2007).

Das lebenslängliche Morbiditätsrisiko liegt zwischen 0,6 und 2% (Möller et al., 2007). Im Gegensatz zur depressiven Erkrankung, von der Frauen häufiger betroffen sind, zeigt sich bei der bipolaren Störung kein signifikanter Unterschied in der Geschlechterverteilung (Goodwin et Jamison, 2007; Lenz et Küfferle, 2002). Allerdings tendieren Frauen zu mehr depressiven Episoden, zu häufigerem „rapid cycling“, und der Beginn der Erkrankung äußert sich meist in einer depressiven Phase. Im Gegensatz dazu, neigen Männer häufiger zu manischen Phasen (oder zumindest kommen manische und depressive Phasen gleich häufig vor) und der Krankheitsbeginn zeichnet sich meist als manische Verstimmung ab (Waraich et al., 2004; American Psychiatric Association, 2000).

Höhere Raten der Erkrankung findet man bei getrennten oder geschiedenen Patienten, als bei jenen, die sich in einer Partnerschaft oder Ehe befinden (Goodwin et Jamison, 2007). Im Unterschied zum häufigeren Auftreten der Depression in unteren sozialen Schichten, scheint sich die Verteilung der Bipolarität unabhängig des sozialen Ranges zu verhalten (Lenz et Küfferle, 2002).

Der Beginn der Erkrankung liegt meist im Teenager-Alter oder in den frühen 20ern und präsentiert sich häufig als hypomanische- oder depressive Phase (Goodwin et al., 2008). Goodwin und Jamison haben berichtet, dass zwischen 25 und 50% der Patienten an irgendeinem Punkt in ihrem Leben einen Suizidversuch unternehmen (Taylor, 2006).

2.4 Ätiologie und Pathogenese

Wie im Falle der meisten neurobiologischen Erkrankungen hat die Wissenschaft keine definitive Antwort auf die Frage der Ätiologie und Pathogenese, und man spricht der Erkrankung ein multifaktorielles Entstehen zu (Taylor, 2006).

Zwillingsstudien, Erkrankungshäufigkeiten in Familien, und Adoptionsforschung unterstützen die Hypothese einer genetischen Ursache (Taylor, 2002). Jedoch weist gerade die unvollständige Konkordanz der Erkrankung monozygoter Zwillingspaare aus den betreffenden Studien darauf hin, dass auch Umweltbedingungen eine Rolle spielen. Es gibt zahlreiche Annahmen und Hypothesen, die Stress mit der Schwere der Krankheit, der Anzahl

der Episoden und der Krankheit selbst in Zusammenhang setzen. Allerdings ist die Studienlage diesbezüglich sehr spärlich (Taylor, 2002; Torrey et Knable, 2002).

Man konnte feststellen, dass einer Vielzahl depressiver Episoden einschneidende Ereignisse (so genannte „Life-Events“) oder Phasen chronischer Belastungen vorangehen. Auch wenn der Zusammenhang manischer Episoden mit Lebensereignissen viel weniger untersucht worden ist, kommt es immer wieder zum Ausbruch solcher Phasen nach positiven, wie auch negativen (zum Beispiel Todesfällen enger Bezugspersonen) „Life Events“. Psychodynamische Faktoren (wie Störungen in der oralen Entwicklungsphase) werden ebenfalls als Mitursachen diskutiert (Lenz et Küfferle, 2002).

Schlafstörungen sind ein zentrales Thema in der Pathophysiologie der manisch-depressiven Erkrankung. Sie sind nicht nur ein Schlüsselsymptom der Manie und Depression, sondern oft das erste Anzeichen für einen Wechsel in einen anderen Stimmungszustand (Goodwin et Jamison, 2007). Da die Depression häufig an Jahreszeiten und Tageszeiten gebunden ist, kommt der Lichtintensität in der Pathogenese eine nicht unwesentliche Bedeutung zu (Lenz et Küfferle, 2002).

Heutzutage ist man nicht mehr der Meinung, dass eine isolierte Neurotransmitterstörung, sondern eine Balancestörung verschiedener Neurotransmitter (z.B. Serotonin, Noradrenalin, Dopamin) Ursache der depressiven Phase ist („Aminohypothese“). Zusätzlich sind Dysregulationen im Bereich der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (erhöhte Cortisolspiegel bei 50% der depressiven Patienten) und Schilddrüsenfunktionsstörungen möglicherweise mitverantwortlich.

In der manischen Phase wird ein Überwiegen der durch Dopamin und Noradrenalin modulierten Neurotransmitter diskutiert (Goodwin et Jamison, 2007; Lenz et Küfferle, 2002).

2.5 Klinik, Diagnostik und Differentialdiagnostik

2.5.1 Klinik

Die unter den bipolaren Störungen herrschende Symptomatik ist sehr vielfältig. Die Palette der Symptome reicht von Depression und Manie bis zu Dysphorie, ängstlicher Unruhe und Getriebenheit. Auch ein rasches Wechseln zwischen verschiedenen Stimmungen (so genanntes „Switch-Phänomen“) ist möglich. Am weitesten häufigsten treten depressive Verfassungen auf (Taylor, 2006; Lenz et Küfferle, 1998).

Depressive Symptome:

Hauptsymptome: depressive Verstimmung, Interesse- oder Freudlosigkeit, verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Nebensymptome: pessimistische Grundhaltung, vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühl der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, Lebensüberdruß mit Suizidgedanken, Suizidtendenzen bis zu Suizidhandlungen, Agitiertheit mit erhöhter Suizidgefahr, Affektstarre, Entschlussunfähigkeit, körperliche Hemmung, Verlangsamung der Bewegungsabläufe bis zum psychomotorischen Stupor, leise, monotone Sprache mit längeren Pausen bis zu Mutismus, gedankliche Einengung auf negative Themen, Gedankenflucht, Vergesslichkeit, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Morgentief, Schlafstörungen (Durchschlaf- oder Einschlafstörungen, erhöhtes Schlafbedürfnis), Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme und -zunahme, Libidoverlust, mangelnde Hygiene, vegetative Symptomatik (Mundtrockenheit, Obstipation, niedriger Blutdruck) sowie körperliche Symptome (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen)

In schweren Fällen können auch psychotische Symptome wie Schuld- und Verarmungswahn auftreten (Taylor, 2006; Lenz et Küfferle, 1998).

Manische Symptome:

Situationsinadäquate anhaltende gehobene Stimmung (von sorglos über heiter bis erregt), Selbstüberschätzung bis hin zum Größenwahn, Kritiklosigkeit, vermindertes Schlafbedürfnis, Schlafverkürzung, Gesprächigkeit, Rededrang, Ideenflucht, Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, Ablenkbarkeit, Hyperaktivität, psychomotorische Enthemmung, gesteigerte Aktivität und Betriebsamkeit (sozial, sexuell und finanziell), Libidosteigerung, Distanzlosigkeit, Gereiztheit und Misstrauen bis zu schwerer Erregtheit mit Aggressionstendenzen (Zornmanie).

In schweren Fällen können auch psychotische Symptome auftreten (halluzinatorische Erlebnisse, Wahn) (Lenz et Küfferle, 1998; Möller et al., 2007).

2.5.2 Diagnostik

Die Diagnostik der bipolaren Störung erfolgt immer noch zu spät. Durchschnittlich braucht es 8-10 Jahre von der ersten Krankheitsphase bis zur richtigen Diagnose (Grunze et Severus, 2005; Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen, 2007).

Eine korrekte Diagnose kann nach Grunze und Severus 2005 aufgrund mehrerer Ursachen erschwert werden:

Oft besteht ein Mischzustand zwischen Euphorie und gleichzeitiger Depression, was häufig Fehldiagnosen zur Folge hat, da die Mischsymptomatik nicht als solche erkannt wird.

Da manische Episoden häufig mit Alkohol- oder Drogenkonsum einhergehen, werden diese Patienten vorschnell als Rauschmittelabhängig abgestempelt.

Die häufigste Fehldiagnose ist eine „rezidivierende unipolare Depression“. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass hypomane Phasen oft unerkannt bleiben.

Eine weitere Fehldiagnose stellt die Schizophrenie dar, da psychotische Symptome auch bei schweren Manien auftreten können.

Depressive Episode:

Diese Episode ist charakterisiert durch depressive Verstimmung, Interessens- oder Freudlosigkeit, verminderten Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit von mindestens zweiwöchiger Dauer. Laut ICD-10 existieren drei Schweregrade der Depression (Lenz et Küfferle, 1998; Goodwin et Jamison, 2007):

- Leichte depressive Episode: mindestens zwei der oben genannten drei Hauptsymptome und mindestens vier Nebensymptome, die in Punkt 2.5.1. näher beschrieben wurden, müssen vorhanden sein.
- Mittelschwere depressive Episode: mindestens zwei der oben genannten drei Hauptsymptome und mindestens sechs Nebensymptome, die in Punkt 2.5.1. näher beschrieben wurden, müssen vorhanden sein.
- Schwere depressive Episode: alle drei der oben genannten Hauptsymptome und acht Nebensymptome, die in Punkt 2.5.1. gelistet wurden, müssen existent sein.

Manische Episode:

- Diese ist gekennzeichnet durch eine stark gehobene oder gereizte Stimmung, die mindestens eine Woche andauern und mindestens drei der im Punkt 2.5.1. beschriebenen Manie-Symptome vorweisen muss, die gleichzeitig eine schwere Beeinträchtigung der Lebensführung (soziale Funktionsfähigkeit, Berufsausführung, Hospitalisierung, psychotische Wesensmerkmale) verursachen. Laut ICD-10 existieren zwei Schweregrade der Manie (Möller et al., 2007; Lenz et Küfferle, 1998; Goodwin et Jamison, 2007):

- Mittelgradige manische Episode: Manie ohne psychotische Symptome. Jedoch ist die soziale /berufliche Funktionsfähigkeit unterbrochen
- Schwere manische Episode: Manie mit psychotischen Symptomen, wobei sich zusätzlich ein Wahn entwickeln kann

Gemischte Episode:

Diese Episode ist dadurch gekennzeichnet, dass die Kriterien für eine manische als auch für eine depressive Phase fast jeden Tag für die Dauer von mindestens einer Woche erfüllt werden (Lenz et Küfferle, 1998; Goodwin et Jamison, 2007).

Hypomanie:

Diagnostiziert wird eine Hypomanie, bei mehrtägiger Dauer einer leicht gehobenen oder gereizten Stimmung und mindestens drei der im Punkt 2.5.1. beschriebenen Manie-Symptomen in leichter Ausprägung.

Die Beeinträchtigung ist jedoch nicht schwer genug um eine deutliche Störung der sozialen oder beruflichen Funktion auszulösen oder eine Hospitalisierung notwendig zu machen (Möller et al., 2007; Lenz et Küfferle, 1998; Goodwin et Jamison, 2007).

2.5.3 Differentialdiagnostik

Bis in die 80er Jahre war das am weitesten verbreitete Problem der Differentialdiagnose der bipolaren Störung die verschwommene Grenze, sowohl mit der Schizophrenie und der schizoaffektiven Störung-, als auch der Persönlichkeitsstörung („Borderline“ Symptomatik). Diese beiden Hauptdifferentialdiagnosen sind bis heute sehr wichtig, jedoch hat auch das Problem der Unterscheidung von bipolarer und unipolarer Depression an Bedeutung zugenommen. Zusätzlich muss sie von Psychosen (reaktiv, zirkadian und atypisch), organischen Hirnerkrankungen, Epilepsien und Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch unterschieden werden (Goodwin et Jamison, 2007; Lenz et Küfferle, 2002).

2.6. Klassifikation

Bipolar I:

Hierbei handelt es sich um die schwerwiegendste Form der bipolaren Störung. Die Erstmanifestation findet meist bereits im späten Adoleszenzalter statt.

Definitionsgemäß inkludiert

dies mindestens eine manische oder gemischte Episode. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle finden im Gesamtverlauf jedoch auch depressive Episoden statt (Taylor, 2006; Lenz et Küfferle, 1998).

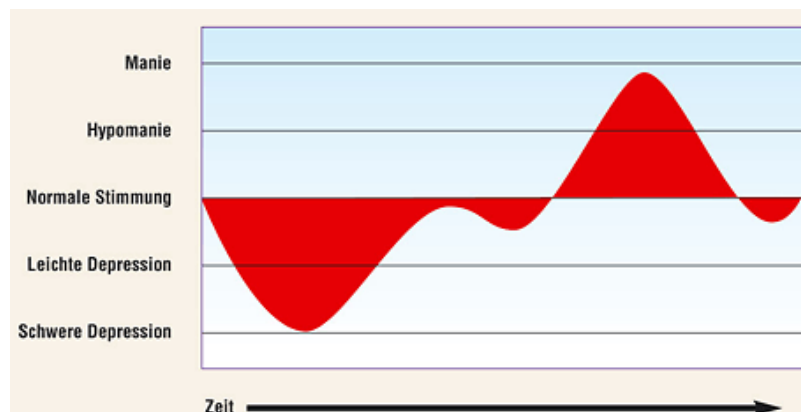


Abbildung 1: Bipolar I in Anlehnung an Wormer 2002
(<http://www.bipolare-erkrankungen.de/symptome/verlaufsformen.html>)

Bipolar II:

Als Bipolar II werden Verläufe bezeichnet, bei denen Patienten eine oder mehrere depressive- und mindestens eine hypomanische Episode, welche meist direkt vor oder nach der depressiven Phase auftreten, durchleben.

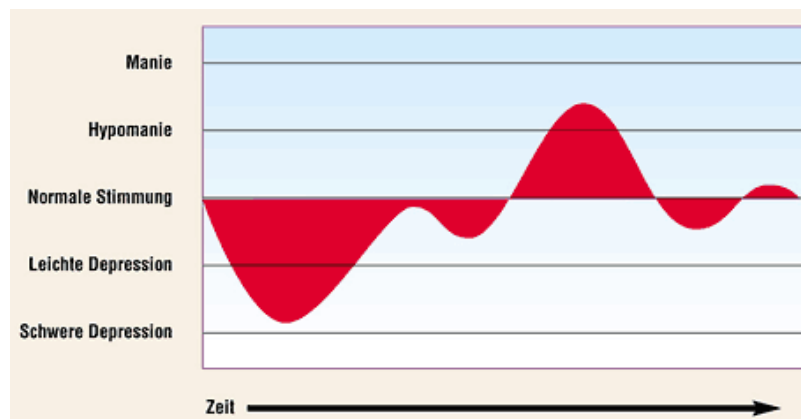


Abbildung 2: Bipolar II in Anlehnung an Wormer 2002.
(<http://www.bipolare-erkrankungen.de/symptome/verlaufsformen.html>)

Falls bei dem Patienten eine vorangegangene manische Episode bekannt ist, kann er niemals als Bipolar II diagnostiziert werden, sondern fällt automatisch unter die Diagnose Bipolar I. 5-15 Prozent der Patienten mit der Diagnose Bipolar II gehen im Laufe ihres Lebens in die Diagnose Bipolar I über (Taylor, 2006; Lenz et Küfferle, 1998).

Rapid Cycling (spezielle Verlaufsform von Bipolar I oder II):

Diese Verlaufsform beschreibt das Auftreten von mindestens vier Episoden der Depression, Manie, einer Mischform oder Hypomanie innerhalb eines Jahres. Dabei ist es egal, in welcher Kombination und/oder Reihenfolge die Phasen ablaufen. Wenn zum Beispiel eine depressive Episode einer vorangegangenen folgt, muss zwischen den beiden eine Periode der vollen

Remission liegen, um diese beiden Episoden als eigenständige bezeichnen zu können. 10-20% aller Patienten mit der Diagnose Bipolar I oder Bipolar II entwickeln diese Erscheinungsform. Der Großteil davon (70-90%) gehört dem weiblichen Geschlecht an. Rapid Cycling wird als Indikator für eine Verschlechterung der Symptome und ein Nicht-Ansprechen auf die bisherige Therapie gehandelt (Taylor, 2006; American Psychiatric Association, 2000).

Zyklothymie

Hierbei handelt es sich um die mildeste Form der bipolaren Erkrankung, die meist erstmalig im Adoleszenz-Alter auftritt. Definitionsgemäß handelt es sich hier um bipolare Stimmungsschwankungen, die aber nicht dem Vollbild

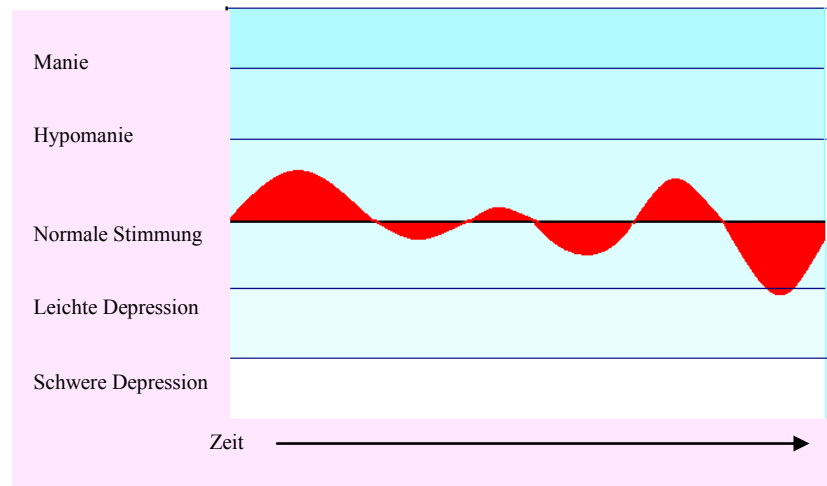


Abbildung 3: Zyklothymie in Anlehnung an Taylor, 2006

der Depression, Hypomanie oder Mischform entsprechen. Diese Symptome müssen über mindestens zwei Jahre bestehen, während dieser Zeit der Patient nie länger als zwei Monate beschwerdefrei sein darf. Bei fehlender Therapie dieses Krankheitsbildes besteht eine stark erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung anderer psychischer Erkrankungen – vor allem Bipolar I und II (Taylor, 2006; American Psychiatric Association, 2000; Lenz et Küfferle, 1998).

Bipolar NOS (not otherwise specified):

Diese Erkrankungsform inkludiert Störungen mit bipolaren Symptomen, die keine Kriterien für eine spezifische bipolare Störung aufweisen. Beispiele hierfür wären

- eine sehr rapide Schwankung (innerhalb weniger Tage) zwischen manischen und depressiven Symptomen, die nicht die Kriterien für eine manische bzw. depressive Episode erfüllen.
- immer wiederkehrende hypomanische Episoden ohne dazwischen liegende depressive Symptome.
- eine manische oder gemischte Episode, überlagert von Wahnvorstellungen, residualer Schizophrenie oder einer nicht anders spezifizierten psychotischen Erkrankung.

- medizinische Fälle, die ein Arzt als bipolare Störung bezeichnet hat, aber es ihm nicht möglich war, zuzuordnen, ob die Störung primär entstanden, von einer anderen Grundkrankheit ausgehend, oder medikamentös induziert war (Goodwin et Jamison, 2007).

2.7. Therapie

2.7.1 Allgemeines

Die bipolare Störung stellt nach wie vor eine Herausforderung in der Behandlung dar. Ein multidisziplinärer Ansatz mit medikamentöser Polytherapie und zusätzlicher Psychotherapie ist oft erforderlich um affektive Symptome zu mindern und die Lebensqualität der Erkrankten zu verbessern. Es ist noch viel Forschung auf diesem Gebiet notwendig, um die Sicherheit und langzeitige Wirksamkeit der Kombinationstherapie zu gewähren. Bis genügend Ergebnisse vorliegen, liegt es im Ermessen der behandelnden Ärzte, das richtige Therapieschema anhand der bereits vorhandenen wissenschaftlichen Daten und den individuellen Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten zu finden (Lin et al., 2006).

Lithium

Es gehört in die Gruppe der Stimmungsstabilisatoren und wird als Phasenprophylaxe verwendet, jedoch findet es auch in der Therapie der depressiven (zur Augmentation von Antidepressiva) oder Akutbehandlung der manischen Phase (Ansprechrate von 49%, gegenüber 25% in der Placebo therapierten Gruppe) seinen Platz (Fountoulakis Vieta , 2008).

Auch eine suizidprophylaktische Wirkung ist festgestellt worden. Der genaue Wirkmechanismus ist jedoch nicht geklärt. Hauptsächlich wird die Wirksamkeit damit erklärt, dass Lithium in den Phosphatidylinositolstoffwechsel eingreift.

Die bekannten Nebenwirkungen sind gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), Müdigkeit, feinschlägiger Tremor, Gewichtszunahme, Polyurie und Polydipsie und Entwicklung eines euthyreoten Strumas.

Nebenwirkungen bezogen auf die Sexualität:

Unter einer Monotherapie mit Lithium klagen die Patienten kaum über sexuelle Dysfunktionen. Lediglich die Frequenz sexueller Gedanken und der Verlust der Erektion während der sexuellen Interaktion werden beschrieben.

Jedoch wurden in Kombination mit Antipsychotika und Benzodiazepinen in der Literatur gehäufte sexuelle Nebenwirkungen benannt. Dazu zählen: vermindertes sexuelles Verlangen, Schwierigkeiten beim Erreichen und Halten einer Erektion, verminderte Qualität der Orgasmen und verminderte Quantität des Ejakulats (Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008).

Lithium hat eine geringe therapeutische Breite, weshalb eine regelmäßige Lithium-Plasmaspiegelkontrolle erfolgen sollte.

Die Gefahr einer Lithium-Intoxikation ist besonders hoch bei hohen Natrium-Verlusten, wie sie bei Erbrechen, Nierenfunktionsstörungen und forcierter Diurese vorkommen. Die Symptome der Vergiftung sind Verstärkung der unerwünschten Wirkungen auf den Magen-Darm- Trakt und das ZNS, bis zu Krampfanfällen und Koma.

Besondere Vorsicht ist bei der gleichzeitigen Gabe von Diuretika, SNRIs, ACE-Hemmern und SSRIs geboten, da diese den Plasmaspiegel von Lithium erhöhen können (Aktories et al., 2005; Mutscher et al., 2001, Möller et al., 2007).

Antidepressiva

Gemeinsames Merkmal aller Antidepressiva ist die stimmungsaufhellende Wirkung mit zusätzlicher Antriebssteigerung (SSNRIs und SSRIs) oder -dämpfung (trizyklische AD und tetrazyklischen AD). Fakultativ bewirken diese auch noch eine Anxiolyse (v.a. bei SSRIs) und/oder antisuizidale Wirkung- vor allem trizyklische Antidepressiva und einige SSRIs (Mutschler et al., 2001; Aktories et al., 2005).

Wenn sich die Antidepressiva bei der unipolaren Depression auch etabliert haben, ist ihr Einsatz bei Bipolarität nicht eindeutig geklärt. Ein großes Problem stellt die Möglichkeit dar, durch die antidepressive Wirkung eine manische Stimmung, gemischte Episode oder „rapid cycling“ auszulösen (Fountoulakis et Vieta, 2008).

Nach dem Wirkmechanismus unterscheidet man folgende Substanzgruppen (trizyklische und tetrazyklische Antidepressiva werden als nichtselektive Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer zusammengefasst):

- *Trizyklische Antidepressiva* (zum Beispiel: Amitriptylin, Clomipramin, Imipramin, Desipramin): Durch die Blockade von Muscarinrezeptoren herrschen in dieser Substanzgruppe periphere vegetative Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, Mydriasis mit Gefahr eines Glaukoms, Obstipation, Miktionsstörung oder Tachykardie vor. Außerdem kann es zu kardialen Ereignissen in Form von Erregungsleitungsstörungen kommen. Zentrale Nebenwirkungen wie Schläfrigkeit, Sedation bis hin zum Delir und Störungen der Orthostase sind möglich. Außerdem stellt die Gewichtszunahme ein Problem dar, und selbst epileptische Anfälle können bei prädispositionierten Patienten auftreten.
Eine Vergiftung ähnelt einer Atropin-Intoxikation mit seinen typischen anticholinergen Symptomen.
- *Tetrazyklische Antidepressiva* (zum Beispiel: Maprotilin, Mianserin, Mirtazapin): die Nebenwirkungen entsprechen im Wesentlichen denen der tricyclischen AD, jedoch sind die anticholinergen Wirkungen wesentlich schwächer ausgeprägt.
- *SSNRI (selektive Serotonin/Noradrenalin Reuptake Inhibitoren)* z.B. Venlafaxin: Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Tremor, Nervosität, Obstipation, Schwitzen und Ejakulationsstörungen können auftreten.
- *SSRI (selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren)*, z.B. Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram: Zu Beginn der Therapie stehen gastrointestinale Störungen wie Übelkeit und Kopfschmerzen im Vordergrund. Seltener kommen Schwindel, Schlafstörungen und Agitiertheit vor. Sowohl bei einer Vergiftung mit SSRIs als auch bei Kombination mit MAO-Hemmern kann ein Serotonin-Syndrom (Hyperthermie, Übelkeit/Erbrechen, Verwirrtheit, psychomotorische Unruhe, Tremor, Myoklonien und evtl. Krämpfe) ausgelöst werden.
- *SNRI (selektive Noradrenalin Reuptake Inhibitoren)*, z.B. Reboxetin: Hier tauchen Schlaflosigkeit, Schwindel, Mundtrockenheit, Schwitzen, Tachykardie, Miktionsbeschwerden und Potenzstörungen auf.
- *MAO-Hemmer (Monoamin-Oxidase Hemmer)*, z.B. Tranylcypromin, Moclobamid: In dieser Substanzgruppen zählen Schwindel, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Agitiertheit, Tremor und Verwirrtheit zu den häufigsten Nebenwirkungen. Die Kombination mit trizyklischen AD und tetrazyklischen AD sollte vermieden werden, da durch gegenseitige Wirkungsverstärkung schwere Erregung und Krampfanfälle ausgelöst werden können. Die Kombination mit SSRIs oder dem trizyklischen AD Clomipramin kann zu dem oben bereits erwähnten Serotoninsyndrom führen.

- *Sonstige*: Oxitriptan (Hydroxytryptophan), Viloxazin, Trazodon, Johanniskraut (Mutschler et al., 2001; Aktories et al., 2005)

Nebenwirkungen bezogen auf die Sexualität

Sexuelle Dysfunktion ist eine relativ häufige Nebenwirkung von den heutzutage angewendeten Antidepressiva (Gregorian et al., 2002).

*SSRIs scheinen die Untergruppe mit den häufigsten sexuellen Nebenwirkungen zu sein. Zu diesen können vermindertes sexuelles Verlangen und verminderte Erregung, Ejakulations- und Orgasmusprobleme zählen. Am häufigsten scheint jedoch der verspätete Eintritt des Orgasmus vorzukommen. Einige Studien belegen, dass das Auftreten unerwünschter sexueller Nebenwirkungen dosisabhängig ist (Gregorian et al., 2002; Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008; Fava et Rankin, 2002).

*Trizyklische Antidepressiva können zu Abnahme des sexuellen Verlangens und der Erregung, anhedonischer Ejakulation und Ejakulations- und Orgasmusstörungen führen (Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008).

*MAO-Hemmer verursachen möglicherweise eine Abnahme der Libido und erektile Dysfunktionen. Außerdem können sie Orgasmus und Ejakulation inhibieren (Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008).

Neuroleptika = Antipsychotika

Die Wirksamkeit der Neuroleptika beruht hauptsächlich auf der Blockade von Dopamin-Rezeptoren; bei den atypischen Neuroleptika kommt eine Blockade anderer Rezeptoren (Serotonin-, Muscarin-, Histamin- und adrenerge Rezeptoren) vor.

Hinsichtlich ihrer therapeutischen Wirkung unterscheidet man drei Hauptkomponenten:

1. produktive psychotische Symptome werden abgeschwächt oder beseitigt (=“antipsychotische Wirkung“)
2. Negativsymptome werden abgeschwächt
3. Sedierung

(Mutschler et al., 2001; Aktories et al., 2005)

Sowohl konventionelle (zum Beispiel: Haloperidol und Levomepromazin) als auch atypische Antipsychotika (zum Beispiel Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon und Amisulprid) wurden in klinischen Studien als wirksame Therapie bei akuten Manien

beschrieben. Hervorzuheben ist die Kombination Quetiapin- oder Olanzapin-Fluoxetin für die Behandlung der bipolaren depressiven Phase, während Olanzapin, Quetiapin und Aripiprazol als Phasenprophylaxe gut einsetzbar sind (Fountoulakis et Vieta, 2008).

Die Neuroleptika können nach verschiedenen Gesichtspunkten eingeteilt werden:

1. nach ihrer neuroleptischen Potenz: man unterscheidet zwischen schwach, mittelstark, stark und sehr stark potenten Stoffen. Hierbei ist anzumerken, dass mit steigender Potenz die extrapyramidalen Nebenwirkungen zunehmen, die vegetativen und sedierenden Wirkungen hingegen abnehmen
2. nach ihrer chemischen Struktur: Phenothiazine, Butyrophenone, Thioxanthene, Benzamide und sonstige Stoffe
3. nach ihrem klinischen Grundprofil: hier unterscheidet man typische (klassische) und atypische Neuroleptika. „Atypisch“ werden Neuroleptika genannt, die verglichen mit den typischen Neuroleptika eine erhöhte antagonistische Wirksamkeit an Serotonin-Rezeptoren besitzen. Die so bezeichneten Atypika weisen zusätzlich ein geringeres Nebenwirkungsprofil in Bezug auf extrapyramidal-motorische Symptome auf, zeigen eine andere chemische Struktur und sind so eine sehr heterogene Gruppe.

Die typischen Neuroleptika sind pharmakologisch hauptsächlich am Dopamin Rezeptor (D2) antagonistisch wirksam (Mutschler et al., 2001; Aktories et al., 2005).

Diese konventionellen Antipsychotika sind wirkungsvoll, können aber zu Spätdyskinesien, Gewichtszunahme, Sedierung, sexueller Funktionsstörung und Depression führen. Das ist oft Grund für Non-Compliance der Patienten, besonders unter der Kombinationstherapie mit Lithium (Vacheron-Trystram et al., 2004).

Neuroleptika können eine Vielzahl an unerwünschten Wirkungen verursachen. Charakteristisch sind jedoch:

- extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen (Frühdyskinesien, neuroleptika-induziertes Parkinsonoid, Spätdyskinesien und Akathisie). Da diese Nebenwirkungen nur durch die Blockade der Dopamin-Rezeptoren hervorgerufen werden, kommen diese besonders bei hochpotenten typischen Neuroleptika vor.
- Vegetative Nebenwirkungen (durch Blockade von adrenergen und muscarinergen Rezeptoren)

- Malignes neuroleptisches Syndrom, welches einen psychiatrischen Notfall darstellt. Es ist gekennzeichnet durch extrapyramidal-motorische Störungen (typisch sind Rigor und Akinesie), hohes Fieber, vegetative Entgleisung, Vigilanzstörung und auffällige Laborbefunde (wie Erhöhung der CK)
- Agranulozytose
- plötzlicher Herztod

(Mutschler et al., 2001; Aktories et al., 2005; Lenz et Küfferle, 2002)

Selten verlaufen Vergiftungen mit Neuroleptika lebensbedrohlich aufgrund ihrer hohen therapeutischen Breite. Bei Kombination mit Alkohol, Barbituraten und Benzodiazepinen ist Vorsicht geboten, da hier die sedierende Wirkung verstärkt wird

(Mutschler et al., 2001; Aktories et al., 2005).

Nebenwirkungen bezogen auf die Sexualität:

Es kann zu einer Vielzahl sexueller Nebenwirkungen unter der Therapie mit Antipsychotika kommen. Laut Demyttenaere et al. (1998) sind erektile Dysfunktionen die häufigste Nebenwirkung. Labbate (2008) aber beschreibt ein herabgesetztes sexuelles Verlangen als das meist verbreitete Problem. Des Weiteren werden in der Literatur organische Dysfunktionen, geringere sexuelle Befriedigung nach Orgasmus, Veränderungen in der Qualität der Orgasmen, aber auch teilweise erhöhte Libido beschrieben.

Die so genannten Atypika weisen nicht nur im Allgemeinen sondern auch im Bezug auf die Sexualität ein geringeres Nebenwirkungsprofil als die typischen Neuroleptika auf (Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008).

Antikonvulsiva

Diese Medikamentengruppe hemmt die Erregungsausbreitung, die Erregbarkeit von Neuronen oder beides. Dies wird erreicht durch

- Blockade spannungsabhängiger Natriumkanäle
- Verstärkung GABAerger Effekte
- Verringerung des depolarisierenden Ca-Einstroms
- Verhinderung des Freisetzens exzitatorischer Aminosäuren, wie Glutamat und Aspartat
- Hemmung der glutamergen Erregungsübertragung an NMDA-Rezeptoren

(Mutschler et al., 2001; Aktories et al., 2005)

Antikonvulsantien, besonders Valproinsäure und Carbamazepin, haben anti-manische Eigenschaften, Lamotrigin ist effektiver in der Behandlung der depressiven Phase. Außerdem sind Antikonvulsiva sehr wichtige Phasenprophylaktika (Fountoulakis et Vieta, 2008).

Initiale und dosisabhängige Nebenwirkungen der Antikonvulsiva betreffen vorwiegend das Zentralnervensystem und sind von Präparat zu Präparat unterschiedlich. Dazu gehören Schwindel, Müdigkeit, Ataxie und Konzentrationsschwierigkeiten. Tremor und Nausea können bei Valproat zusätzlich auftreten. Nebenwirkungen, die dosisunabhängig vorkommen, sind Exantheme (manchmal mit Fieber), Lymphadenopathie und Hepatitis, welche besonders häufig Carbamazepin und Phenytoin betreffen. Chronische Nebenwirkungen sind bei alten Antikonvulsiva bekannt und kommen bei Langzeittherapie vor (Aktories et al., 2005).

Nebenwirkungen bezogen auf die Sexualität:

Generell ist die Datenlage zu sexuellen Nebenwirkungen von Antikonvulsiva dürftig. Was man weiß, ist, dass sie in den Hormonhaushalt eingreifen und somit zu Hormonabnormalitäten der Patienten führen können. Bei Männern kann dies unter anderem zu erhöhtem freiem Testosteron, bei Frauen zu erhöhtem Prolaktinspiegel und den jeweils damit verbundenen Wirkungen führen (Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008).

Tranquillanzien (Anxiolytika)

Dies sind Stoffe, die:

- Beruhigend wirken
- von Angst und Spannung befreien
- Ausgeglichenheit hervorrufen
- eine schlafanstoßende, relaxierende und antikonvulsive Wirkung haben

Angewendet werden sie bei ausgeprägter Antriebssteigerung und Schlafverkürzung, da hier oft eine zusätzliche Sedierung notwendig ist.

Die wichtigste Gruppe stellen die Benzodiazepine (zum Beispiel: Diazepam, Midazolam, Flunitrazepam und Flumazenil) dar. Zusätzlich können Hydroxyzin oder Buspiron eingesetzt werden.

Der Wirkmechanismus der Benzodiazepine erfolgt über den GABA-Rezeptor. Bei akuten Nebenwirkungen stehen Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und Reaktionsverminderung im Vordergrund. Bei zu hoher Dosierung können ataktische Störungen und mnestiche Störungen hinzukommen und die Libido kann vermindert werden. Bei chronischem Gebrauch treten

affektive Verflachung, kognitive Leistungseinbußen, Beeinträchtigung der Initiative und neurologische Störungen hinzu. Bei der Anwendung von Tranquillanzien ist Vorsicht geboten, da eine große Gefahr der Abhängigkeit und Toleranz besteht (Mutschler et al., 2001; Aktories et al., 2005; Lenz et Küfferle, 2002).

Nebenwirkungen bezogen auf die Sexualität:

Die Studienlage bezüglich der unerwünschten sexuellen Wirkung von Anxiolytika ist gering. Am häufigsten wird eine Abnahme des sexuellen Verlangens beschrieben, selten kann es auch zu einer Zunahme der Libido und Orgasmusstörungen kommen. Der Einsatz eines Benzodiazepins als Hypnotikum führt zu weniger sexuellen Nebenwirkungen, als bei Verwendung als Tranquillizer. Außerdem sind die angeführten Dysfunktionen dosisabhängig (Aktories et al., 2005; Lenz et Küfferle, 2002).

Allgemeines zu Nebenwirkungen bezogen auf die Sexualität

Relativ wenig ist über die sexuellen Nebenwirkungen von psychotropen Substanzen bekannt, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass, besonders unter psychiatrischen Patienten, Sexualität immer noch ein stark tabuisiertes Thema ist (Demyttenaere et al., 1998).

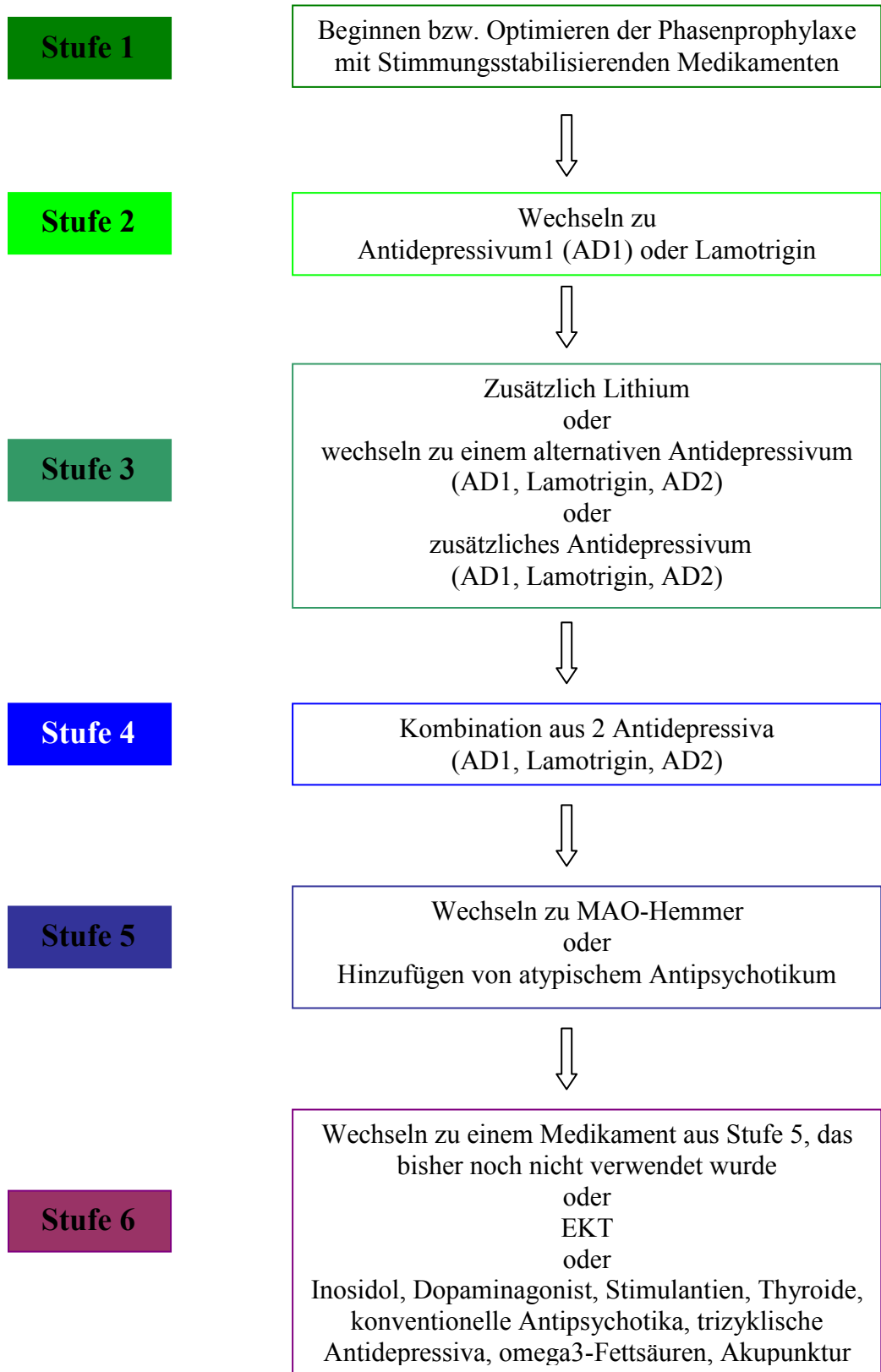
Sexuelle Dysfunktionen sind unter der Normalbevölkerung relativ häufig, psychiatrische Patienten sind jedoch noch viel häufiger davon betroffen. Da Patienten mit einer psychischen Erkrankung oftmals mit psychotropen Substanzen, die sexuelle Nebenwirkungen verursachen können, behandelt werden, ist es oft schwierig zu unterscheiden, ob diese sexuellen Dysfunktionen ein Symptom der Erkrankung selbst sind, oder medikamentös induziert wurden. Die Folge davon sind psychologische Probleme (wie Depressionen) und Non-Compliance. Kontrollierte Studien zu dem Thema „sexuelle Nebenwirkungen von Psychotropika“ sind rar, wobei zu Antidepressiva und Antipsychotika noch die beste Datenlage existiert (Labbate, 2008).

Sexuelle Funktionsstörungen werden zunehmend als wichtige Dimension der Lebensqualität gesehen. Deshalb sollte in der Anamnese und Behandlung von depressiven und bipolaren Patienten besonders darauf Rücksicht genommen werden (Gregorian et al., 2002).

2.7.2 Medikamentöse Therapie

Therapie der depressiven Episode:

Die Therapie der depressiven Episoden ist, wie die gesamte medikamentöse Therapie der Bipolarität, sehr umstritten. Im klinischen Alltag werden die unterschiedlichsten Schemata verwendet, die meist auf der jeweiligen Erfahrung der behandelnden Ärzte basieren. Hier ein Algorithmus in Anlehnung an das Texas Medication Algorithm Project (Suppes et Dennehy, 2002). Begonnen wird dabei mit der Behandlungsstufe eins. Bei Nicht-Ansprechen, oder nur teilweisem Behandlungserfolg, wird in die jeweils nächst höhere Stufe gewechselt.



AD1 : Bupropion oder SSRI
AD2 : Venlafaxin
EKT : Elektrokrampftherapie

Abbildung 4: In Anlehnung an Suppes et Dennehy, 2002

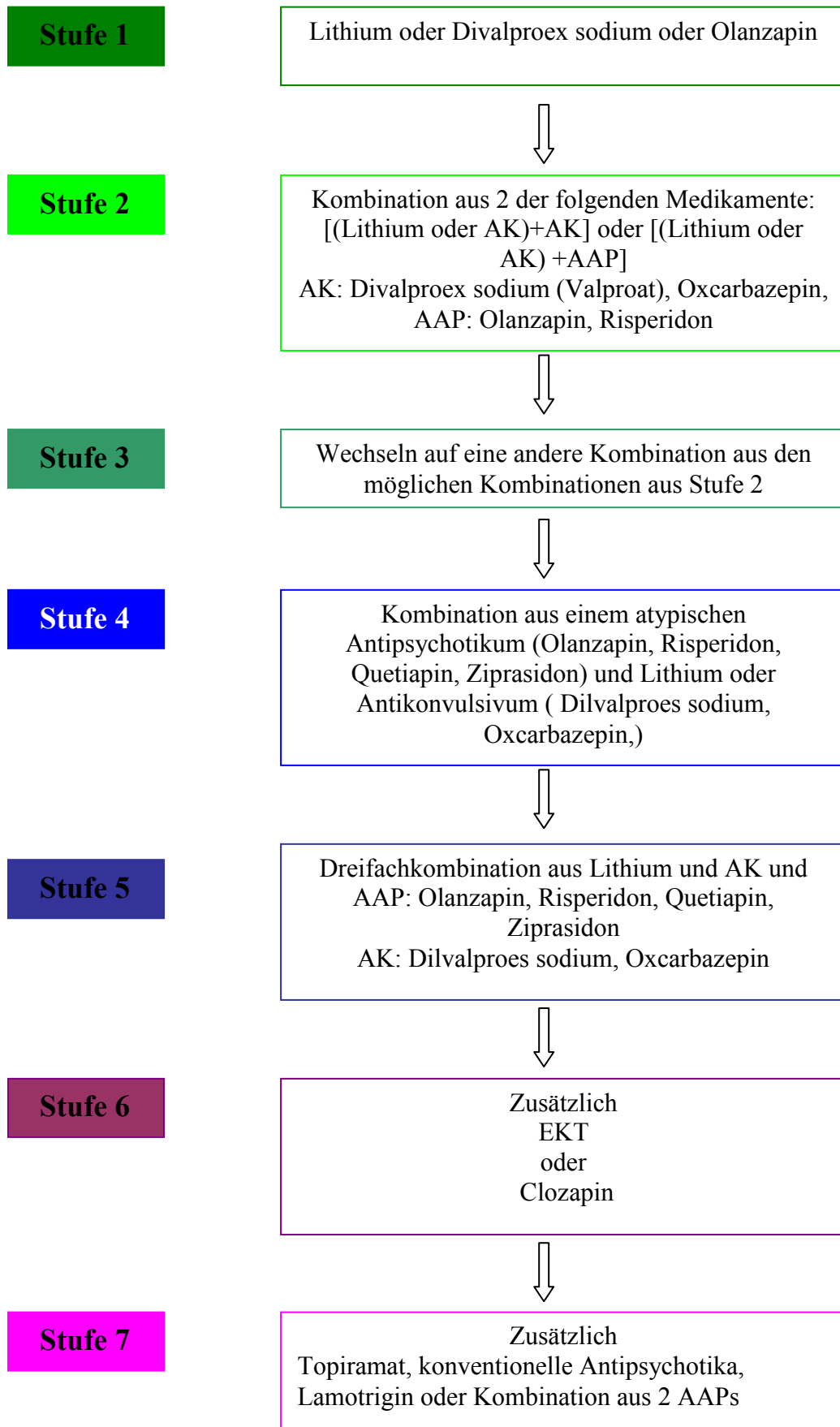
In der Frage der Therapie der depressiven Phase besteht Einigkeit darüber, dass eine Monotherapie mit einem Antidepressivum wegen der Gefahr eines „Switchens“ in eine manische Stimmung nicht geeignet ist.

In der Behandlung der milden bis moderaten Depression kann eine Monotherapie mit Lithium oder Lamotrigin (Antiepileptikum) wirksam sein (Lin et al., 2006).

Therapie der manischen/hypomanischen Phase:

Die Therapie der manischen Phase gestaltet sich oft als schwierig, da aufgrund des fehlenden Krankheitsgefühls eine mangelnde Behandlungskooperation seitens der Patienten besteht (Lenz et Küfferle, 2002). Studien besagen, dass die Kombination aus Lithium oder Valproat mit einem atypischen Antipsychotikum die effektivste Behandlungsmethode mit fast 20% höherer Ansprechrage als bei einer Monotherapie ist (Lin et al., 2006).

Auch hier unterscheiden sich die Therapiekonzepte. Unten wird ein Algorithmus in Anlehnung an das Texas Medication Algorithm Project (Suppes et Dennehy, 2002) dargestellt. Begonnen wird, wie oben erwähnt, mit der Behandlungsstufe eins. Bei Nicht-Ansprechen, oder nur teilweisem Behandlungserfolg, wird in die jeweils nächst höhere Stufe gewechselt.



AK: Antikonvulsivum
AAP: atypisches Antipsychotikum
EKT: Elektrokrampftherapie

Abbildung 5: In Anlehnung an Suppes et Dennehy, 2002

Episodenprophylaxe:

Da es sich bei Bipolarität um eine chronische, episodisch verlaufende Krankheit handelt, sollte die Vorbeugung neuer Episoden einen hohen Stellenwert einnehmen. Leider spiegelt sich dies in der Menge und Qualität der zu Verfügung stehenden kontrollierten Daten noch nicht wieder (Goodwin et Jamison, 2007).

Eine Phasenprophylaxe ist indiziert bei:

- Auftreten von drei Episoden unabhängig vom Intervall
- Auftreten von zwei Episoden innerhalb von fünf Jahren
- Auftreten von zwei Episoden unabhängig vom Intervall bei zusätzlichen Risikofaktoren, wie z.B. positive Familienanamnese oder besonders hohem Schweregrad der vorangegangenen Episoden (Lenz et Küfferle, 2002).

Die Episodenprophylaxe erfolgt in der Regel mit Lithium. Eine Prophylaxe mit Lithium reicht bei „Rapid Cycling“ allein oft nicht aus. Wenn dieser Fall eintritt, kann die zusätzliche Gabe von einem Antikonvulsivum (Carbamazepin oder Valproat) hilfreich sein (Aktories et al., 2005).

Die prophylaktische Behandlung muss häufig lebenslang zumindest über einige Jahre) erfolgen, da mit dem Absetzen die Gefahr des Eintretens des natürlichen Verlaufs der Erkrankung sehr hoch ist. Die Beendigung der Therapie, wie z.B. vor Schwangerschaften, sollte auf jeden Fall stufenweise und über längere Zeit erfolgen, da bei abruptem Absetzen, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer manischen Episode stark erhöht ist (Lenz et Küfferle, 2002; Aktories et al., 2005).

Von den, in der Phasenprophylaxe üblicherweise eingesetzten Medikamenten, scheinen Lithium, Valproinsäure und Olanzapin besonders das Auftreten manischer Phasen zu verhindern, wobei sich Lamotrigin in der Prophylaxe depressiver Episoden als wirksam erwiesen hat (Lin et al., 2006).

2.7.3 Psychotherapie

Studien haben nachgewiesen, dass die zusätzliche Durchführung einer Psychotherapie zu der medikamentösen Behandlung Symptome der bipolaren Erkrankung signifikant reduziert, die soziale Anpassung und Eingliederung verbessert und Rückfälle sowie die Hospitalisierungsrate vermindert (Gutierrez et Scott, 2004).

Psychotherapeutische Methoden in der Behandlung der Bipolaren Störung sind:

- Verhaltenstherapie
- Interpersonelle Therapie
- Familientherapie
- Paartherapie
- Psychoedukation
- Psychoanalyse

Systemische Familientherapie und interpersonelle Psychotherapie scheinen die effektivsten Behandlungen in der Rückfallprävention zu sein, wenn sie nach einer akuten Episode begonnen werden. Im Gegensatz dazu erwiesen sich die Verhaltenstherapie und Psychoedukation in der Gruppe als besonders wirksam, wenn sie während einer Phase der Erholung durchgeführt werden (Miklowitz, 2008).

In der akuten Manie gelingt eine Psychotherapie aufgrund der typischen Symptome wie Enthemmung, Ideenflucht und verminderter Reflexionsfähigkeit nur selten. Besonders wichtig ist eine unterstützende Psychotherapie jedoch bei der Gefahr des Kippens in eine Depression und beim Abklingen der manischen Stimmung, da die Patienten dann oft Schuld- und Schamgefühle erleben (Lenz et Küfferle, 2002).

2.7.4 Andere Therapieformen

Elektrokonvulsionstherapie ist eine sehr effektive Therapieform der schweren Depression. Jedoch ist das Risiko kognitiver Nebeneffekte nicht zu verachten (Kayser et al., 2008). Nach klinischer Erfahrung, ist diese auch bei der Manie wirksam, jedoch existieren dazu nur wenige Studien (Goodwin et Jamison, 2007).

Die „Transkranielle Magnetstimulation“ stellt eine weitere Methode der Behandlung der Depression und Manie dar, deren Rolle in der Therapie noch nicht geklärt ist. Jedoch zeigen

sich in den vorhandenen Studien positive Effekte auf die Symptome (Kayser et al., 2008; Goodwin et Jamison, 2007; Lenz et Küfferle, 2002).

Als weitere Ergänzungen zur konventionellen Therapie bieten sich zur Behandlung der depressiven Verstimmung folgende Optionen an: Lichttherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Vagusnervstimulation und Akupunktur.

Die Unterstützung für Patienten und Angehörige z.B. in Form von Selbsthilfegruppen können während der gesamten Erkrankung hilfreich sein

(Taylor, 2006; Goodwin et Jamison, 2007; Lenz et Küfferle, 2002).

3. Sexualität

verfasst von Martina Leodolter und Bernadette Stebbegg

3.1. Allgemeines

Sexualität ist ein sehr komplexes Thema des menschlichen Verhaltens (Helmchen et al., 2000). Die verschiedenen Dimensionen, wie biologische (zum Beispiel Fortpflanzung), psychologische (z.B. zwischenmenschliche Kommunikation) und soziologische (z. B. das Geschlechterverhältnis) Faktoren, prägen die Sexualität des Menschen. Auch religiöse Orientierung und soziokulturelle Aspekte (z. B. der Stellenwert von Sexualität in den verschiedenen Familienstrukturen) nehmen nicht unwesentlichen Einfluss auf das sexuelle Erleben und Verständnis. Deswegen kann man Sexualität niemals isoliert, sondern immer nur im Zusammenhang verschiedener Elemente betrachten (Kockott et Fahrner, 2004).

Sexuelle Gefühle, Empfindungen, Verhaltensweisen und Überzeugungen sind von Mensch zu Mensch einzigartig, genauso wie seine sexuellen Erfahrungen, da deren Verarbeitung auf eine stark persönliche Weise erfolgt. Sexuelle Ansichten sind beeinflusst durch den gesellschaftlichen und historischen Wandel, aber auch durch persönliche und private Erfahrungen (Masters et al., 1987).

Definition

Was ist Sexualität eigentlich? Eine eindeutige Antwort ist auf diese Frage schwer zu geben. So gibt es in der Literatur eine Vielzahl verschiedener Auffassungen und Definitionen. Freud zum Beispiel schrieb der Sexualität eine große psychische und biologische Kraft mit dem Streben nach Lustbefriedigung zu (Masters et al., 1987; Haeberle, 1985). Malinowski, 1929, schreibt dem soziokulturellen Aspekt eine große Bedeutung zu (Masters et al., 1987). Ein weiterer Erklärungsversuch beschreibt Sexualität als biologische Größe, in dem unter den Begriff Sexualverhalten jedes Verhalten, das zu einer sexuellen Reaktion des Körpers führt, fällt (Haeberle, 1985).

Heutzutage wird Sexualität zunehmend multidimensional, als Zusammenspiel biologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren, betrachtet (Kockott et Fahrner, 2004; Gonzalez et al., 2006).

3.2. Der sexuelle Reaktionszyklus

Die physiologischen Prozesse, die während der sexuellen Reaktion ablaufen, erfolgen durch eine koordinierte Interaktion von zentralem beziehungsweise peripherem Nervensystem und den anatomischen Verhältnissen des Menschen (Buddeberg, 2006).

Masters und Johnson veröffentlichten 1966 das Buch „Human sexual response“ in dem sie den bis heute noch gültigen sexuellen Reaktionszyklus bestehend aus den vier Phasen Erregung, Plateau, Orgasmus und Rückbildung, beschrieben. Bezüglich des Verlaufs und der Dauer der verschiedenen Phasen existieren erhebliche geschlechtsspezifische und individuelle Unterschiede (Buddeberg, 2005; Masters et Johnson, 1967).

3.2.1. Erregungsphase

In dieser Phase wird der Körper auf den sexuellen Akt vorbereitet. Auslöser können direkter körperlicher Kontakt, sexuelle Vorstellungen und Phantasien, aber auch andere Sinneseindrücke sein.

Beim Mann kommt es zu einer Erweiterung der Penisarterien und damit zum Füllen der Hohlräume der Schwellkörper (Corpora cavernosa) des Penis. Aufgrund der erhöhten Blutfülle und des damit gesteigerten Drucks der Schwellkörper werden die Drainagegefäße zunehmend komprimiert. Der dadurch verursachte Stau hat eine Aufrichtung, Längenzunahme und Versteifung des männlichen Gliedes zur Folge (Erektion). Des Weiteren kommt es zu einer Verdickung und Anspannung der Skrotalhaut und Elevation des Skrotums und somit auch beider Hoden.

Bei der Frau bewirkt ein Blutstau in den Schwellkörpern beziehungsweise der Venengeflechte von Scheidenvorhof, Schamlippen und Klitoris eine Verdickung der Scheidenwände und eine Vergrößerung der Schamlippen und der Klitoris. Durch das Drüsensekret der kleinen Schamlippen und ein von der Scheide produziertes Transsudat werden die Schleimhäute befeuchtet und so wird für Gleitfähigkeit (Lubrikation) gesorgt. Zusätzlich erfolgen eine Elevation des Uterus und eine Mamillenerektion, welche auch beim Mann beobachtet werden kann.

Bei Mann und Frau führt die sexuelle Erregung zu extragenitalen Reaktionen, wie Blutdruckanstieg, Tachykardie und Erhöhung des Muskeltonus. Beim weiblichen Geschlecht kommt es zusätzlich zu einer Vergrößerung der Brust (Buddeberg, 2005; Masters et Johnson, 1967).

3.2.2. Plateauphase

In dieser Phase der sexuellen Reaktion wird die Erregung aufrechterhalten und verstärkt, um in die Orgasmusphase übergehen zu können.

Beim Mann nimmt der Penis weiter an Umfang zu, was durch einen Blutstau im Corpus spongiosum und der Eichel gewährleistet wird. Abgesehen von diesem Anschwellen der Corona glandis, kann es auch zu einer Farbveränderung derselben kommen. Außerdem werden nun auch Prostata, Samenblasen und Hoden mehr durchblutet (dadurch ist eine Vergrößerung des Hoden um bis zu 50% möglich) und die Bulbourethraldrüsen geben ein Sekret ab, was die Funktion eines weiteren Gleitmittels hat („Lusttropfen“).

Bei der Frau schwellen die kleinen Schamlippen und die Scheidenwände weiter an und es kommt zur Ausbildung der so genannten „Orgastischen Manschette“ (Muskeln im unteren Scheidendrittel der Vagina, der Gebärmutter und der Analregion). Zusätzlich zieht sich die Vagina in die Länge und erweitert sich und der Uterus führt eine volle Elevation durch. Die Klitoris vergrößert sich nur noch gering und wird aus ihrer normalen Lage an den vorderen Rand der Symphyse verlagert.

Bei beiden Geschlechtern kommt es zu einem weiteren Anstieg der Muskelkontraktion und in der späten Phase der Plateauphase zu einem so genannten „sex flush“ (fleckige Rötung der Haut) und einer Hyperventilation

(Buddeberg, 2006; Masters et Johnson, 1967).

3.2.3. Orgasmusphase

Beim Mann ist der Orgasmus in die Emissions- und Ejakulationsphase unterteilt. Zuerst gelangen Samenzellen und Prostatasekret durch ein Kontrahieren von Nebenhoden, Samenstrang und Prostata in die Harnröhre (Emission). Durch diesen lokalen Reiz wird die eigentliche Orgasmusphase ausgelöst. Es kommt zu einem Verschluss des Harnblasenausgangs, um zu verhindern, dass Sperma rückwärts in die Harnblase, und umgekehrt kein Urin in die Urethra gelangen kann. Nun setzt die Ejakulationsphase ein. In diesem zweiten Teil kontrahieren sich Samenleiter, Ductus ejaculatorius und Harnröhren- und Penismuskulatur (Musculus bulbospongiosus und Musculus ischiocavernosus), was zu einem Austreiben von Sperma führt. Zusätzlich geben die Samenblasen Flüssigkeit ab, die das Ejakulat komplettiert und verflüssigt.

Bei der Frau kontrahiert sich die orgastische Manschette, die sich zuvor gebildet hat und der Muttermund öffnet sich. Mehrere Kontraktionswellen durchlaufen den Uterus von Fundus über Corpus zum unteren Uterinsegment hin, wobei auch der Beckenboden mitreagiert.

Bei beiden Geschlechtern nehmen die extragenitalen Reaktionen wie Blutdruckerhöhung, Herzfrequenzsteigerung, Hyperventilation und „sex flush“ zu. Außerdem kommt es zu einem Verlust der willkürlichen Kontrolle der Muskelspannung und es folgen unwillkürliche Kontraktionen und Spasmen von Muskelgruppen (Buddeberg, 2006; Masters et Johnson, 1967).

3.2.4.Rückbildungsphase

In dieser Phase normalisiert sich die Durchblutung der Genitalien bei Mann und Frau. Dadurch kommt es zum Anschwellen des Penis und der Klitoris und zur Rückverlagerung von Skrotum beziehungsweise Uterus, Vagina und Klitoris in die Ausgangslage, wobei das Orfium externum canalis cervicis bis zu 30 Minuten geöffnet bleibt. Herzfrequenz, Blutdruck und Atmung sinken wieder auf das ursprüngliche Niveau ab. Bei ca. 30% der Frauen und Männer kommt es hier zur Transpiration, welche unabhängig davon, ob es während des sexuellen Akts zu einer größeren körperlichen Anstrengung gekommen ist, ablaufen kann.

Der Mann ist während der Rückbildungsphase refraktär, das heißt er ist unempfänglich für eine sofortige erneute sexuelle Stimulation. Bei der Frau gibt es keine Refraktärphase, weswegen es zur Auslösung multipler Orgasmen kommen kann (Buddeberg, 2005; Masters et Johnson, 1967).

3.3.Sexuelle Funktionsstörungen

3.3.1.Definition

Definition nach ICD-10

Sexuelle Funktionsstörungen verhindern die von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung. Es können ein Mangel an sexuellem Verlangen oder Befriedigung, ein Ausfall der für den Geschlechtsakt notwendigen physiologischen Reaktionen (zum Beispiel Erektion), oder eine Unfähigkeit, den Orgasmus zu steuern oder zu erleben, auftreten.

Die sexuelle Reaktion ist ein psychosomatischer Prozess. Das heißt, dass bei der Entstehung von sexuellen Funktionsstörungen psychische und somatische Prozesse meist gemeinsam beteiligt sind (Dilling et al., 2008).

Nach DSM IV ist eine sexuelle Funktionsstörung als

*„ein Störungsbild im Ablauf des sexuellen Reaktionszyklus oder durch Schmerzen im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr“*³ definiert.

In der Literatur gibt es abgesehen von den gängigen ICD-10 und DSM-IV-Definitionen die unterschiedlichsten Betrachtungsweisen. So definierte Kockott (1995): *„Sexuelle Funktionsstörungen sind Beeinträchtigungen im sexuellen Verhalten, Erleben und in den physiologischen Reaktionsweisen, die eine für beide Partner befriedigende sexuelle Reaktion behindern oder unmöglich machen“*⁴. Sigusch (1996) hingegen bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen als Oberbegriff für alle Störungen bezogen auf die Sexualität, egal ob sie körperlich oder psychisch bedingt sind. Diesen Oberbegriff unterteilte er in „Dysfunktionen“ und „funktionelle Störungen“. Unter den Begriff Dysfunktionen ordnete er alle Störungen mit körperlicher Ursache ein, während er psychisch bedingte Beeinträchtigungen als funktionelle Sexualstörung betitelte (Sigusch, 1996).

3.3.2.Epidemiologie

Sexuelle Funktionsstörungen sind in unserer Gesellschaft weltweit stark verbreitet. Das Risiko steigt, sowohl für Männer als auch für Frauen, direkt proportional mit dem Alter an. Der Leidensdruck der Patienten jedoch, wird mit höherem Alter geringer (Derogatis et Burnett, 2008).

Die häufigste sexuelle Funktionsstörung bei Männern ist die Störung der sexuellen Erregung (ungenügende Erektion und vorzeitiger Samenerguss). Schmerzen beim Geschlechtsakt kommen beim Mann selten vor (Kockott et Fahrner, 2006).

Frauen leiden zum Großteil an sexuellen Appetenzstörungen, eine Krankheit, die auch bei Männern prozentual am Zunehmen ist. Erregungs- und Orgasmusstörungen sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr betreffen Frauen etwa gleich häufig und sind schwierig voneinander abzugrenzen, da sie oft nebeneinander bestehen (Kockott et Fahrner, 2004).

Eine Meta-Analyse von Simons et Carrey (2001) von 52 Studien beschreibt eine Prävalenz für Orgasmusstörungen bei der Frau von siebzehn Prozent. Beim Mann fiel die Analyse

³ American Psychiatric Association, 1994

⁴ Kockott, 1995

folgendermaßen aus: Null bis drei Prozent litten an vermindertem sexuellen Interesse, null bis fünf Prozent klagten über Störungen der Erektion und vier bis fünf Prozent über vorzeitigen Samenerguss. Ein verzögerter Orgasmus war für null bis drei Prozent der Männer ein Problem. Sexuelle Probleme und Dysfunktionen sind derzeit immer noch unzureichend erforscht, besonders in Hinblick auf die Konsequenzen bezüglich der individuellen mentalen Gesundheit, dem Beziehungsleben und einem funktionierenden Familienleben (Heiman, 2002).

3.3.3. Ursachen

Ätiologie und Pathogenese sexueller Funktionsstörungen umfassen von organischen Ursachen bis hin zu psychogenen Faktoren ein weites Spektrum, meist sind sie jedoch von multifaktorieller Genese (Halvorsen et Metz, 1992). Nach klinischer Erfahrung sind psychische Elemente deutlich häufiger Auslöser als körperliche Faktoren, besonders bei jüngeren Patienten. Daten aus vergleichenden Studien sind aber nicht existent (Kockott et Fahrner, 2004). Arentewicz und Schmidt (1993) vertreten sogar die Ansicht, dass alle sexuellen Funktionsstörungen multifaktoriell bedingt sind.

Das Verstehen der Ursachen sexueller Funktionsstörungen ist ein wichtiger Faktor für die richtige Diagnostik und besonders für eine effiziente Behandlung (Halvorsen et Metz, 1992).

Organische Ursachen:

Im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen können sexuelle Funktionsstörungen durch folgende drei Mechanismen verursacht sein:

- *durch die Krankheit selbst,
- *deren Folgen,
- *oder den notwendigen Behandlungsmaßnahmen (Medikamente, operative Eingriffe, Strahlentherapie etc.)

Eine psychische Mitbeteiligung sollte man dabei jedoch nie außer Acht lassen (Buddeberg, 2005).

Organische Faktoren und Erkrankungen, die sowohl beim Mann (hier kommen am häufigsten vaskuläre Ursachen zum Tragen) als auch bei der Frau für sexuelle Funktionsstörungen ursächlich (oder zumindest mitverursachend) sein können, sind:

- schwere Allgemeinerkrankung
- nervale Erkrankungen und Traumata (Schädel-Hirn-Traumata, Insult, Morbus Parkinson etc.)
- endokrine und metabolische Erkrankungen (chronische Lebererkrankungen, Diabetes Mellitus, Hyperprolaktinämie etc.)
- kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzinfarkt, Atherosklerose, Hypertonie etc.)
- urogenitale Erkrankungen, Traumata und angeborene Fehlbildungen (Penisfraktur, Phimose, vaginale Fehlbildungen etc.)
- Operationen (Prostatektomie, Hirnoperationen, Episiotomie etc.)
- Medikamente: Psychopharmaka (siehe Kapitel 2.7.)
 - Antihypertensiva, Antihistaminika, Anticholinergika etc.
- Alkohol (wirkt zwar in kleinen Mengen enthemmend, in höheren Dosierungen jedoch hemmend)
- illegale Drogen (Amphetamine, Kokain, Heroin etc.)
- Chemikalien (Arsen, Blei, Xylol etc.)

(Sigusch, 2001; Buddeberg, 2005; Kockott et Fahrner, 2004)

Psychosoziale Ursachen

Die auslösenden psychosozialen Faktoren bilden ein Spektrum das von Versagens- und Erwartungsangst bis hin zu tiefer Psychopathologie reicht (Buddeberg, 2005). Bis heute gibt es keine allseits anerkannte und wissenschaftlich geprüfte Theorie zur Psychogenese (Kockott et Fahrner, 2004). Zu den möglichen Ursachen zählen:

- allgemeine, relativ oberflächliche Gründe: mangelnde Kenntnis, Fehlvorstellungen, oberflächliche Ängste wie Versagensangst, Abweichung zwischen Wunsch und Wirklichkeit
- intrapsychische Ursachen: Triebängste (z.B. Angst vor Kontrollverlust bei Orgasmus), Beziehungsängste (z.B. Angst vor Partnerverlust), Geschlechtsidentitätsängste, Gewissensängste, Selbstwertängste
- Die Paarbeziehung und die Gefühle der beiden Partner spiegeln sich häufig im sexuellen Zusammensein wider und können sich auch gegenseitig aufschaukeln. Es ist sogar möglich, dass sich Beziehungsprobleme ausschließlich in den Bereich der Sexualität verlagern.

(Halvorsen et Metz, 1992; Buddeberg, 2004; Kockott et Fahrner, 2005)

Psychiatrische Komorbidität

Eine Vielzahl psychiatrischer Erkrankungen geht nach klinischer Erfahrung mit sexuellen Funktionsstörungen einher.

Zu diesen Krankheitsbildern zählen unter anderem die Schizophrenie, Angststörung, Essstörung, Alkoholabhängigkeit, Drogenabusus und Depression und Manie (siehe Kapitel 5) (Kockott et Fahrner, 2004).

3.3.4. Klassifikation und Diagnostik

Auch wenn Sexualität in der heutigen Gesellschaft ein omnipräsentes Thema und in den Medien stark vertreten ist, darf man nicht glauben, dass sexuelle Probleme im ärztlichen Gespräch jederzeit thematisiert werden können (Buddeberg, 2005).

Zu den zuvor erwähnten Schwierigkeiten zählen unter anderem,

- dass die meisten Patienten nicht von sich aus über ihre Sexualität sprechen, weshalb es in der Verantwortung des Arztes liegt, diese Thematik anzusprechen (Halvorsen et Metz, 1992)
- dass viele Ärzte Fragen zu sexuellen Störungen und der sexuellen Gesundheit nicht als wichtig empfinden (besonders älteren Patienten gegenüber) (Castelo-Branco et al., 2008)
- dass für den Arzt selbst Sexualität ein intimes Thema ist und seine persönliche Einstellung einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das diagnostische Gespräch nimmt
- dass manche Patienten Fragen, die auf die Sexualität bezogen sind, nur mit einem Arzt ihres eigenen Geschlechtes behandeln wollen

(Buddeberg, 2005)

Deswegen stellt die Diagnostik dieser Störungen immer noch eine große Herausforderung der ärztlichen Tätigkeit dar (Buddeberg, 2005).

Die Einteilung sexueller Funktionsstörungen ist nach dem ICD-10- und DSM-IV-System sehr ähnlich. Um eine Sexuelle Dysfunktion zu diagnostizieren, braucht es gewisse Voraussetzungen:

- Es muss eine spezifische Funktionsbeeinträchtigung bestehen
- Diese muss seit mindestens sechs Monaten vorhanden sein

- und muss zu einem ausgeprägten Leiden bzw. zwischenmenschlichen Problemen führen

(Kockott et Fahrner, 2004; APA, 1994; WHO, 1994)

Die im ICD-10 System vorhandenen Diagnosen *Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen, *sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung und *gesteigertes sexuelles Verlangen betreffen die Lust- und Appetenz. *Versagen genitaler Reaktionen gehören zu den Erregungsstörungen, *nichtorganischer Vaginismus und *nichtorganische Dyspareunie sind genitale Schmerzsyndrome. *Orgasmusstörungen, *Ejaculatio Praecox und *mangelnde sexuelle Befriedigung sind Dysfunktionen der Orgasmusphase.

Als weitere ICD-10 Diagnosen seien noch *Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit und *Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit, zu erwähnen.

Dabei muss man der Vollständigkeit wegen anmerken, dass unter F.52 des ICD-10 nur Sexstörungen ohne organischen Ursprung gelistet sind. Organisch bedingte sexuelle Dysfunktionen findet man unter den entsprechenden Organerkrankungen selbst (z.B. Impotenz organischen Ursprungs).

(Dilling et al., 2008; Kockott et Fahrner, 2004; Buddeberg, 2005)

3.3.5. Therapie

Die Sexualtherapie entwickelte sich aus zwei Einflüssen: zum einen die frühen Verhaltenstherapeuten, und zum anderen von Masters und Johnson. Die beiden behandelten in insgesamt zehn Jahren 510 Paare und publizierten daraufhin ihr Konzept der Paartherapie, womit sie einen Meilenstein in der Sexualtherapie legten. Dieses Konzept beruhte auf den Bedingungen der Paar- (die Therapiesitzungen erfolgten immer gemeinsam mit dem Partner), Team- (das Therapeutenteam bestand aus einer männlichen und einer weiblichen Person) und Intensivtherapie (in einer urlaubsähnlichen Situation wurden die Patienten mit mehreren Sitzungen täglich stationär therapiert) (Masters et Johnson, 1987; Kockott et Fahrner, 2004).

Bei der heutigen Sexualtherapie ist der Grundansatz erfahrungsorientiert, zielgerichtet und zeitbegrenzt (Beier et al., 2001). Seit dem Konzept von Masters und Johnson (1970) wurden zahlreiche Erneuerungen und Weiterentwicklungen dieses früheren Vorgehens durchgeführt. Verhaltensübungen, Gruppentherapien, Techniken zur Verbesserung der sexuellen

Erlebnisfähigkeit und Therapiesitzungen ohne Partner spielen heutzutage ebenfalls eine wichtige Rolle (Kockott et Fahrner, 2004). Zusammenfassend wird die heutige Sexualtherapie der individuellen Problematik des Patienten angemessen. Die Patienten dürfen mitbestimmen, und nach jeder Stufe der Behandlung erfolgt eine Analyse der gemachten Erfahrungen des Patienten oder des Paares. So kann man die direkten Ursachen der spezifischen Störung herausarbeiten und gemeinsam mit dem Patienten durch Verhaltensmodifizierung, kognitives Umlernen und emotionaler Aufarbeitung arbeiten (Beier et al, 2001; Kockott et Fahrner, 2004).

Ein weiterer Meilenstein in der Therapie der sexuellen Funktionsstörungen brachte die Einführung von Viagra® (Sildenafil) 1998 (Kockott et Fahrner, 2004). Dieser orale Phosphodiesterasehemmer Typ 5 (PDE5) hat sowohl bei organisch-bedingter wie auch bei psychisch-bedingter erektiler Dysfunktion und bei Mischformen große Erfolge erwiesen (Giuliano et al., 1999; Olsson et al., 2000). Jedoch gibt es auch eine nicht zu vernachlässigende Gruppe an Non-respondern (Miner et al., 2007). Diese Medikation bewirkt hauptsächlich eine Besserung der Erektionsfähigkeit. Auch die Refraktärzeit ist möglicherweise verkürzt. Außerdem berichten manche Patienten über eine schnellere Ejakulation und die sexuelle Appetenz wird zumindest indirekt positiv beeinflusst, da das Wiedererlangen der sexuellen Erektionsfähigkeit mehr Lustgewinn bringt (Kockott et Fahrner, 2004). Nicht zu vergessen ist die Kontraindikation bei gleichzeitiger Verwendung von Nitraten oder Stickstoffmonoxidendonatoren (Miner et al., 2007). Als weitere Phosphodiesterasehemmer sind Tadalafil und Vardenafil zu erwähnen, wobei sich Vardenafil in einigen Studien als der potenteste und spezifischste Wirkstoff erwiesen hat (Rice et Dean, 2009; Sperling et al., 2003). Als weitere Therapieoptionen sind Aphrodisiaka wie Yohimbin (Alpha-Blocker) und Apomorphin (Dopaminagonist), Psychopharmaka wie das Antidepressivum Trazodon (nur sinnvoll bei deutlicher Depression), Schwellkörperautoinjektionstherapie, mechanische Hilfsmittel wie Vakuumpumpe oder Penisring und invasive Behandlungen (Gefäßchirurgische Methoden zur Verbesserung der Durchblutung des Penis und Penisprothesen) als ultima ratio (Sperling et al., 2003; Miner et al., 2007; Kockott et Fahrner, 2004).

Als Therapie der Ejaculatio Praecox stehen verschiedene Techniken der Verhaltenstherapie wie die „Squeeze-Technik“ oder die „Stopp und Start-Methode“ zur Verfügung. Derzeit gibt es keine spezifische medikamentöse Therapie, jedoch gibt es Versuche mit SSRIs und Clomipramin, lokalen Anästhetika und Phosphodiesterase-5-Inhibitoren, die allesamt eine orgasmusverzögernde Wirkung haben sollen (Guo et Chen, 2007; Kockott et Fahrner, 2004).

Bei der Appetenzstörung des Mannes haben sich spezifische Interventionstechniken als wirksam erwiesen. Zusätzlich gibt es die Therapie mit Sexualhormonen und Psychopharmaka, die sich aber nur als Additiva in der Behandlung bewährt haben (Kockott et Fahrner, 2004).

Die Entwicklung der pharmakologischen Therapie der erektilen Dysfunktion hat nachfolgend auch zu Untersuchungen für Medikamente zur Behandlung sexueller Dysfunktionen der Frau geführt (Frank et al, 2008). Jedoch ist die Studienlage diesbezüglich immer noch sehr mager (Frank et al., 2008; Davis et Nijland, 2008). Phosphodiesterasehemmer haben beispielsweise nur einen sehr geringen Effekt auf eine kleine Anzahl an Frauen mit sexueller Dysfunktion (Frank et al., 2008). Einen anderen pharmakologischen Ansatz stellt die Behandlung mit Hormonpräparaten bei postmenopausalen Frauen in Form von Testosteron- (Libidosteigerung) oder Östrogenpräparaten (Therapie der Dyspareunie mit Vulvovaginitis) dar (Frank et al, 2008; Davis et Nijland, 2008). Als gelegentlich wirksam haben sich auch Psychopharmaka (Antidepressiva und Anxiolytika) erwiesen, da sie bei angstabhängigen oder depressiven Störungen als zusätzliche Methode der Behandlung Erfolg haben können (Kockott et Fahrner, 2004). Die Basis der Behandlung weiblicher sexueller Störungen stellt jedoch eine passende Sexualtherapie mit besonderem Augenmerk auf verhaltenstherapeutische Ansätze (außerdem Paartherapie und Psychotherapie). Beispiele dafür sind die Behandlung des Vaginismus mit der therapeutischen Anwendung von Hegar-Stiften und ein Masturbationsprogramm bei lebenslangen Orgasmusstörungen (Frank et al, 2008; Kockott et Fahrner, 2004).

Um eine zufrieden stellende Behandlung einer sexuellen Funktionsstörung zu erreichen, ist die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Disziplinen sehr wichtig. Generell ist eine pharmakologische Behandlung alleine in den meisten Fällen nicht Erfolg versprechend. Ein Beispiel dafür ist die kombinierte Störung aus organischen und psychischen Ursachen, bei welcher eine Somato-Psychotherapie die Behandlung der Wahl darstellt (Lue et al., 2004; Kockott et Fahrner, 2004).

3.4.Andere Sexualstörungen

Zusätzlich zu den bereits oben erwähnten sexuellen Funktionsstörungen gibt es noch

- Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilie) und
- Geschlechtsidentitätsstörungen (zum Beispiel Transsexualismus)

3.4.1.Paraphilie

Unter einer Paraphilie versteht man wiederkehrende, intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich im Allgemeinen auf

*nicht-menschliche Objekte

*das Leiden oder die Demütigung von sich selbst oder des Partners

*auf Kinder oder andere nicht einwilligende oder einwilligungsfähige Personen beziehen und die über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten auftreten.

Für manche Patienten sind diese paraphilen Phantasien obligat für eine sexuelle Erregung, allerdings können sie auch nur episodisch auftreten (zum Beispiel während Phasen stärkerer Belastung). Um im klinischen Sinne von einer Störung sprechen zu können muss dieses angegebene Verhalten oder diese Phantasien zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Lebensbereichen führen.

(AMA, 2000; Kockott et Fahrner, 2004)

3.4.2. Geschlechtsidentitätsstörungen

Eine Geschlechtsidentitätsstörung besteht dann, wenn ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht, ein andauerndes Unbehagen im Geburtsgeschlecht und ein Gefühl von Unstimmigkeit in seiner eigenen Geschlechtsrolle existiert. Außerdem muss für die Diagnose nach DSM-IV ein klinisch relevanter Leidensdruck bestehen und im Gegensatz zum ICD-10-System ist ein Bestehen einer anderen psychischen Störung (zum Beispiel Schizophrenie) kein grundsätzlicher Diagnoseausschluss.

Die meisten Patienten haben einen Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung um seinen eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so gut wie möglich anzugleichen.

Zusätzlich zur Transsexualität gibt es auch noch andere Störungen der Geschlechtsidentität wie Transvestismus, Störungen der Geschlechtsidentität des Kindesalters, Intersex-Syndrome mit Geschlechtsdysphorie und vorübergehend belastungsinduzierte Neigung zu Cross-Dressing.

(AMA, 2000; Dilling et al, 2008; Kockott et Fahrner, 2004)

4. Partnerschaft

verfasst von Bernadette Stebbegg

4.1. Partnerschaftsdiagnostik

Im Rahmen unserer Diplomarbeit haben wir uns die Frage gestellt, wie überhaupt Informationen über die Qualität von Partnerschaften und Beziehungen gewonnen werden können.

In der Sozialpsychologie gibt es, um die Merkmale von Partnerschaften zu erfassen, zwei Möglichkeiten:

- Verwendung der beiden beteiligten Partner als Informanten durch implizite (zum Beispiel Interviews) und explizite Verfahren (standardisierte Fragebögen)
- Betrachtung des Verhaltens von außen, durch Beobachtung von spezifischen Interaktionsmustern

(Grau et Bierhoff, 2003)

4.1.1. Implizite und explizite Verfahren

Implizite Methoden

Ein Verfahren ist implizit, wenn das Verhalten der Probanden, welches zur Diagnose genutzt werden soll, nicht als Ausdruck des zu messenden Konstruktes wahrgenommen wird und es nicht willentlich kontrolliert wird. Die Vielfalt der impliziten Verfahren ist groß und umfasst neben bestimmten Fragebogenverfahren (wie zum Beispiel „Lügenskalen“), Interviews und reaktionszeitgestützte Methoden (zum Beispiel Subliminales Priming, oder der Implizite Assoziationstest) (Grau et Bierhoff, 2003; Banse, 2002; Greenwald et al., 1998).

Interviewverfahren nutzen nicht nur den verbalen Inhalt, sondern auch formale Aspekte des Geäußerten (z.B. Kohärenz, Detailreichtum, Widersprüche), nonverbale Inhalte und das Zusammenspiel zwischen der Stimmigkeit von Affekt und Inhalt des Selbstberichtes zur Diagnostik (Grau et Bierhoff, 2003). Implizite Verfahren sind speziell in der Partnerschaftsforschung aus zwei Gründen wichtig:

- Erfassung von Konstrukten, die mit expliziten Verfahren nicht möglich sind
- Implizite Methoden sind nichtreaktiv, was bedeutet, dass diese Messungen nicht durch Selbstdarstellungstendenzen beeinflusst und verzerrt werden können

(Grau et Bierhoff, 2003)

Explizite Methoden

Methoden der Partnerschaftsdiagnostik sind explizit, wenn der Proband intentional über das festzustellende Merkmal Auskunft gibt. Hierzu zählen standardisierte Fragebögen, von denen sich hunderte zur Messung der verschiedensten Aspekte von Beziehungen in der Literatur finden (Grau et Bierhoff, 2003; Touliatos et al., 2001). Sie evaluieren vor allem den Partnerschaftserfolg (zusammengesetzt aus den Parametern „Partnerschaftszufriedenheit“ und „Partnerschaftsstabilität“), erfassen verschiedenste Konstrukte der Paarbeziehung (zum Beispiel verschiedene Bindungsstile, Sexualität, Vertrauen, Selbst- und Partnerbild, Kommunikation) und versuchen ein Maß für Partnerschaftsqualität zu finden (Grau et Bierhoff, 2003; Klann et al., 2002).

4.1.2. Verhaltensbeobachtung

Die Verhaltensbeobachtung hat gerade in der Partnerschaftsforschung wesentliche Erkenntnisse über Interaktionsprozesse bei Paaren gebracht und entdeckt, welche einzelnen Verhaltensweisen oder -muster eine Beziehung günstig oder ungünstig beeinflussen. Diese Methode unterscheidet sich von den anderen Verfahren, da sie nicht darauf zurückgreift was Menschen über ihre Partnerschaft wissen (oder denken zu wissen), sondern darüber, was sie in Wirklichkeit tun. Ein Problem der Verhaltensbeobachtung ist wahrscheinlich, dass sozial unerwünschtes Verhalten in einem Labor nur in eingeschränkter Form beobachtet werden kann und sozial erwünschte, stabile Interaktionen zwischen dem Paar hervortreten. Trotzdem bestehen erwiesene systematische Zusammenhänge zwischen der Beziehungszufriedenheit und dem beobachteten Verhalten. Glückliche Paare zeigen mehr positive (zum Beispiel Zustimmung, Lachen, positiver Ausdruck, Akzeptanz) als negative (zum Beispiel beschweren, kritisieren, defensive Haltung, Abwertung) Verhaltensweisen und zusätzlich werden weniger Eskalationen gesehen (Grau et Bierhoff, 2003; Krokoff et al., 1989).

4.2. Theorien und Modelle der Partnerschaft

Es gibt verschiedenen Theorien, die versuchen die Partnerschaft zu erklären:

- Biologischer Ansatz
- Soziologischer Ansatz
- Strukturell-funktionale Theorie

- Austausch- und Investitionstheorie
- Familienökonomische Konzepte
- Ähnlichkeits- und Komplementaritätsthese
- Lern- und verhaltenstheoretischer Ansatz
- Bindungstheorie
- Belastungs- Bewältigungsmodell

(Grau et Bierhoff, 2003)

Im *biologischen* Ansatz werden enge Partnerschaften, Ehe und Familie als eine zentrale Voraussetzung der Evolution und Menschheitsentwicklung gesehen. Um einen Selektionsvorteil zu wahren, war es bei einer geringen Zahl von Nachkommen notwendig, dass so viele wie möglich von diesen überlebten. Diese Art der Reproduktion erforderte länger andauernde, überwiegend monogame Paarbeziehungen und eine geschlechtliche Arbeitsteilung. *Soziologisch* gesehen handelt es sich scheinbar um eine menschliche Universalie, dass Dauerbeziehungen zwischen zwei Erwachsenen bestehen, da kaum Kulturen bekannt sind, in denen derartiges nicht existiert. Neunzig Prozent der Menschen weltweit führen irgendwann in ihrem Leben eine solche Partnerschaft. Auch Kurzzeitbeziehungen sind weit verbreitet, wobei nach Buss und Schmidt (1993) eher Männer zu einer solchen bereit sind, da Frauen höhere elterliche Investitionen leisten müssen (Schwangerschaft, Stillzeit, Aufzucht) und so mehr an längerfristigen Bindungen Interesse haben (Grau et Bierhof, 2003; Buss und Schmitt, 1993).

Bei der *strukturell-funktionalen Theorie* wird nach der Funktion für das soziale Gesamtsystem gefragt. Eine Familie hat allgemeine Aufgaben wie zum Beispiel Reproduktion, Sozialisation, Haushalts- und Freizeitfunktion und emotionale Spannungsregulation (Neidhardt, 1975). Die große geschichtliche und interkulturelle Varianz von Familie und Verwandtschaft wird aus den aktuellen gesellschaftlichen Bedürfnissen erklärt. Je nach Entwicklung der Gesellschaft sind familiäre Anpassungsprozesse durch veränderte Gegebenheiten notwendig. Beispiele dafür sind Schrumpfung der Kernfamilien oder erhöhte Scheidungsraten. So liegt der Schwerpunkt des Strukturfunktionalismus auf diesen Entwicklungen der Gesellschaft und deren Auswirkungen auf Beziehungen (Grau et Bierhoff, 2003).

Nach der *Austausch- und Investitionstheorie* wird die Partnerschaft als ökonomisches Verhaltensmodell gesehen, in dem die beiden Partner ihre Interaktionen immer nach Kosten und Nutzen bewerten (Mikula, 1992). Die Zufriedenheit in der Beziehung und die Partnerwahl wird dabei danach beeinflusst, wie gut jemand die Bedürfnisse des

anderen befriedigen kann. Auch der Bindungsgrad (Wille zur Aufrechterhaltung der Familie) hängt neben der Qualität von Alternativen und der Zufriedenheit vom Ausmaß der Investitionen in die Partnerschaft ab (Grau et Bierhoff, 2003).

Ähnlich dieser Theorie besagt das *familienökonomische Konzept*, dass Personen eine Ehe oder Paarbeziehung nur eingehen, um ihren persönlichen Nutzen zu maximieren. Dabei spielen besonders Güter eine Rolle, die nur in der Partnerschaft konsumiert und produziert werden können, wie zum Beispiel Liebe, Anerkennung, Zuwendung, Sinnesfreuden und Erholung (Becker, 1976; Grau et Bierhoff, 2003).

Bei der *Ähnlichkeits- und Komplementaritätsthese* kommen die beiden Sprichwörter „Gleich und Gleich gesellt sich gern“ und „Gegensätze ziehen sich an“ zum Einsatz.

Die Ähnlichkeitsthese besagt, dass sich Personen mehr zu solchen Partnern hingezogen fühlen, die ihnen in verschiedenen Aspekten (physisch, psychisch und sozial) gleich sind (Mikula et Stroebe, 1991). Bei der These der Komplementarität ist die wechselseitige Ergänzung und die Befriedigung von Bedürfnissen ein zentralerer und wichtigerer Punkt als die Übereinstimmung von Interessen. Diese Annahme ist wissenschaftlich aber kaum bestätigt, was bei der Ähnlichkeitstheorie anders ist (Grau et Bierhoff, 2003).

Im *lern- und verhaltenstheoretischen Ansatz* ist die Grundannahme verankert, dass die Kommunikation der Paare untereinander, der tägliche Umgang und vor allem das Verhalten in Krisen- und Konfliktsituationen die Qualität und Stabilität der Beziehung beeinflussen (Grau et Bierhoff, 2003). Dementsprechend gibt es funktionale, Beziehungsfördernde (offene Kommunikation, Zuhören, positiver Gefühlsausdruck, gemeinsame Aktivität etc.) und dysfunktionale, Beziehungsbelastende (Nörgeln, Kritik, Verachtung, Abwehr, Mauern etc.) Kommunikations- und Interaktionsmuster. (Gottmann, 1994) So übertreiben unglückliche Paare die negativen Anteile des Paarverhaltens und unterschätzen dessen positive Aspekte. Der lern- und verhaltenstheoretische Ansatz ist zurzeit die wissenschaftlich am besten fundierte Paartheorie (Grau et Bierhoff, 2003).

Die *bindungstheoretische* Annahme geht davon aus, dass der in der Kindheit entwickelte Bindungsstil (sicher gebunden, unsicher-vermeidend gebunden und unsicher-ambivalent gebunden) (Ainsworth et al., 1978) in der Gestaltung späterer Partnerschaften eine zentrale Bedeutung einnimmt. Aus der Wissenschaft zeichnet sich jedoch relativ einheitlich ab, dass eine sichere Bindung in der Kindheit nur eine günstige Voraussetzung für eine spätere stabile Beziehung ist (Grau et Bierhoff, 2003).

Als letztes wäre noch das *Belastungs-Bewältigungs-Modell* zu nennen. Hier werden nicht nur individuelle Eigenschaften und Aspekte der Zweierbeziehung, sondern auch Einflüsse und

Belastungen von außen (dem engeren und sozialen Kontext) als wichtige Komponente thematisiert (Grau et Bierhoff, 2003).

So zeigt sich, dass die Prozesse in Paarbeziehungen von unterschiedlichen theoretischen Gesichtspunkten betrachtet werden können. Jede These hat einen speziellen Schwerpunkt sowie Stärken und Schwächen, und keine dieser Theorien vermag das komplexe Thema der Partnerschaft hinreichend zu erklären. So darf kein Ansatz allein als Erklärung herangezogen werden während und eine Zusammenschau der einzelnen Modelle das Thema Paarbeziehung am besten beschreiben würde. So eine integrative Mehrebenentheorie der Familie und Beziehung existiert jedoch noch nicht, doch gibt es schon einige Integrationsversuche (Grau et Bierhoff, 2003).

4.3. Singles

In der Gesellschaft wird viel über Singles (definiert als Partnerlose im Erwachsenenalter) diskutiert und mit Klischees behaftet, die sie von Personen in dauerhaften Beziehungen („Nicht-Singles“) unterscheiden sollen. Das Single-Sein wird oft als eigene besondere Lebensform (These der Individualisierung) betrachtet. So stellt sich die Frage, inwieweit sich Singles wirklich in konkreten Merkmalen von Paaren differenzieren (Beck et Beck-Gernsheim, 1994; Grau et Bierhoff, 2003). Deutlich wird, dass allein lebende Personen nicht allgemein weniger traditionelle Einstellungen (Geschlechtsrolle, Kinder, Beruf etc.) haben (Meyer et Schulze, 1992). Wenn sich Partnerlose von Paaren unterscheiden, dann vor allem in Aspekten, die eng mit dem jeweiligen Beziehungsstatus verbunden sind (wie zum Beispiel unsicherer Bindungsstil oder ein destruktiver Konfliktlösestil). Zusätzlich sind Singles meistens andere Dinge wichtig, als jenen, die in einer Beziehung leben. Außerdem schreibt man ihnen Persönlichkeitszüge zu, die sich in engen Partnerschaften als schwierig herausstellen.

Auf dem Partnermarkt unterscheiden sich Nicht-Singles und Partnerlose weder in dem, was sie suchen, noch in dem, was sie anbieten. Jedoch nehmen Singles bei der Wahl ihres Partners weniger Rücksicht auf ihren persönlichen Marktwert. Diese Unterschiede kann man jetzt sowohl als Ursache, als auch als Folge der jeweiligen Lebensart interpretieren.

(Grau et Bierhoff, 2003).

5. Sexualität, Partnerschaft und Bipolarität

verfasst von Martina Leodolter

Forschung auf dem Gebiet der Sexualität und Partnerschaft bei Patienten mit bipolarer Störung wurde bisher nur wenig betrieben. Die Literatursuche diesbezüglich erfolgte im „PubMed“, wobei die Stichwörter „sex“, „sexual“, „sexuality“, „love“, „partnership“, „relationship“, „single“, „partner“, „marriage“, „married“, „marry“, „wedding“, „husband“, „wife“, „marital“, „spouse“ und „cohabitant“ mit „bipolar“, „manic-depressive“, „manic“, „mania“, „depressive“ und „depression“ kombiniert wurden. . Zahlreiche Publikationen waren das Resultat dieser Suche, wobei sich nur wenige Artikeln für unser spezifisches Thema als brauchbar erwiesen.

5.1. Sexualität

In der Vergangenheit wurde in Studien bezüglich der Sexualität bei bipolaren Patienten hauptsächlich auf ihr sexuelles Risikoverhalten und die Auswirkungen von verschiedenen Psychopharmaka auf das Sexuelleben eingegangen.

Dabei ergab sich ein vermindertes Wissen über sexuell übertragbare Krankheiten (STD) (besonders über HIV), mangelnde Verhütungsmaßnahmen, vermehrtes anderes sexuelles Risikoverhalten und eine Häufung von STDs bei bipolaren Patienten (aber auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen wie zum Beispiel Schizophrenie).

Matsuoka et al. (2003) und Coverdale et Turbott (2000) fanden in ihren Studien bei Männern mit psychischen Störungen ein signifikant geringeres Wissen über HIV/AIDS als in einer gesunden Vergleichspopulation. Chuang et Atkinson (1996) kamen zu den zu der Zeit schlechtesten Ergebnissen bezüglich dem Wissen über AIDS unter Frauen und Männern mit psychiatrischen Erkrankungen, wobei eine signifikante Anzahl an Patienten glaubte, dass man sich mit HIV durch Blutspenden, nicht aber durch einmaligen ungeschützten Verkehr anstecken könne.

Auch wenn knapp zwei Drittel von Patienten mit schweren chronischen Psychosen angaben, über das Risiko von STDs bei Geschlechtsverkehr Bescheid zu wissen, legten die meisten von ihnen trotz alledem ein Hoch-Risiko-Verhalten an den Tag mit einer sehr dürftigen Compliance bezüglich Verhütungsmethoden (Raja et Azzoni , 2003). Meade et al. (2008)

beschrieb bei bipolaren Patienten mit zusätzlichem Substanz-Missbrauch bei 75% ein sexuelles Risikoverhalten: ungeschützter Geschlechtsverkehr (69%), wechselnde Sexualpartner (39%) und Geschlechtsverkehr mit Prostituierten (24%), wobei kürzliche manische Episoden, geringer Schweregrad der Erkrankung und das Einnehmen härterer Drogen die höchsten Risikofaktoren für erhöhtes HIV-Risiko waren. Die Studie von King et al. (2008) ergab den Austausch von Sex für Drogen jedoch als einziges unabhängig assoziiertes Risikoverhalten mit einem erhöhten Auftreten für STDs unter Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen.

Es ist weit reichend bekannt, dass eine große Gruppe von Psychopharmaka Einfluss auf die Sexualität des Menschen hat und verschiedenste sexuelle Dysfunktionen hervorrufen kann, jedoch ist diese Thematik noch nicht ausreichend erforscht (siehe dazu Kapitel 2.7.1.). Die meisten Studien findet man zu SSRIs, welche die häufigsten Nebenwirkungen zu haben scheinen (Zancheddu et Carpiello, 2006; Gregorian et al., 2002; Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008; Fava et Rankin, 2002). Diesem Punkt sei insbesondere große Bedeutung zuzuschreiben, da Patienten zum Teil nicht oder nur teilweise über die sexuellen Nebenwirkungen sprechen (laut Ronsberg et al., 2003, ca. 50%, Frauen sogar bis zu 80%), auf der anderen Seite jedoch die Medikamente aufgrund dieser Nebenwirkungen selbst absetzen (laut Ronsberg et al., 2003, Männer über 40% und Frauen über 15%). Dieser Einfluss auf die Compliance ist nicht zu vernachlässigen (Rosenberg et al., 2003).

Wie bereits erwähnt, darf die häufige Komorbidität mit Alkohol- und Drogenabusus, welcher sexuelles Risikoverhalten ebenfalls begünstigt, nicht außer Acht gelassen werden. Morgan (2005) gibt einen Prozentsatz von 32,1% an Drogen- und Alkoholmissbrauch an. Cassidy et al. (2001) beschreiben sogar eine Lebenszeitrate von über 40% von sowohl Alkohol als auch Drogen, wobei diese Komorbiditäten bei Männern überwiegt. Hierbei ist zu bedenken, dass die Richtung der Kausalität – das heißt, ob Alkohol- und Drogenabusus vermehrt zu einer bipolaren Störung führen, ob manisch-depressive Patienten öfter zu Suchtmitteln greifen, oder ob beide Punkte einen Einfluss haben – nicht genau geklärt ist (Krishnan, 2005).

Studien, die die sexuelle Zufriedenheit bei bipolaren Patienten evaluieren, gibt es kaum. Wohl aber eine Vielzahl an Arbeiten, die sich mit den Auswirkungen von sexuellen Dysfunktionen beschäftigen (was bei bipolaren Patienten allein durch die Einnahme von Psychopharmaka ein wesentliches Thema darstellt). So beschreiben zum Beispiel Rowland et al. (2007) eine verminderte sexuelle Zufriedenheit und Lebensqualität wie auch vermehrten persönlichen

Stress und interpersonelle Konflikte bei Männern mit vorzeitiger Ejakulation und ihren Partnern. Rosen et Althof (2008) geben sogar eine erhöhte Anzahl an Depressionen bei Männern mit dieser Beschwerdesymptomatik und deren Partnerinnen an und sprechen von der Möglichkeit, dass diese sexuelle Dysfunktion Single-Männer davon abhalten kann, neue Partnerschaften einzugehen. Die Häufigkeit von Komorbiditäten (wie Alkohol und Drogenabusus) der bipolaren Krankheit wurde bereits oben beschrieben. McElroy (2004) erwähnt in seiner Studie auch Störungen im sexuellen Verhalten als mögliche Komorbidität der manisch-depressiven Erkrankung. Eine weitere Arbeit beschreibt bei Frauen – nicht aber bei Männern mit psychiatrischen Erkrankungen eine vermehrte Anzahl an Sexualpartnern im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe. Dies könne als Widerspiegelung der relativ chaotischen sexuellen Beziehungen und der hohen Raten an Geschlechtsverkehr ohne Einverständnis gedeutet werden, was bei weiblichen psychiatrischen Patienten beobachtet wurde (Dickerson et al., 2004). Matsouka et al. (2003) hingegen geben eine verminderte sexuelle Aktivität bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen beider Geschlechter an. Dies stimmt mit den Untersuchungsergebnissen von Coverdale et Turbott (2000) überein, welche bei Männern mit psychiatrischen Erkrankungen (darunter auch manisch-depressive) ebenfalls eine geringere sexuelle Aktivität ergaben.

Zuncheddu C. et Carpiello B. (2006), welche primär den Zusammenhang sexueller Dysfunktionen mit Lithium untersuchten, fanden bei 18% der bipolaren Patienten eine Verschlechterung ihres Sexuallebens seit dem Einsetzen der Erkrankung.

Eine Studie, die die sexuelle Zufriedenheit evaluierte, arbeitete mit einem Patientenkollektiv verschiedener psychiatrischer Erkrankungen, in dem bipolare Patienten eine Minderheit darstellten. Diese Arbeit von Raja et Azzoni (2003) ergab eine Häufung von sexueller Dysfunktion, besonders von Hyposexualität.

Lam et al (2005), die sich mit der Beziehungs- und Sexualproblematik befassten, schlossen lediglich die Partner der manisch-depressiven Patienten ein. Dabei wurde festgestellt, dass die sexuelle Zufriedenheit signifikant vermindert war. Männliche Partner berichteten von vermehrt vorzeitigen Ejakulationen und weibliche Partner von herabgesetzter Häufigkeit sexueller Interaktionen in der depressiven Phase.

5.2. Beziehung

Auch Studien zu den Auswirkungen von Bipolarität auf das Beziehungsleben sind nicht häufig durchgeführt worden. Im Vergleich zur Datenlage bezüglich der Sexualität wurde

jedoch auf diesem Gebiet bereits mehr Forschung betrieben. Der Faktor einer festen Partnerschaft wurde in Studien zur Bipolarität als positiver Einfluss gewertet, zusätzlich zeigte sich, dass manisch-depressive Patienten, die im Berufsleben stehen, häufiger verheiratet waren als Arbeitslose (Elinson et al., 2007). Der Single-Status an sich wird als Risikofaktor eine bipolare Störung zu entwickeln beschrieben. Ebenso wird ein schlecht funktionierendes Beziehungsleben in Zusammenhang mit Substanz-Abusus als Komorbidität gesehen (Sherazi et al., 2006; Bauer, 2005). Ein geringeres Selbstbewusstsein bei manisch-depressiven Patienten wird in der Literatur immer wieder erwähnt. Zusätzlich wird den Erkrankten ein sehr ausgeprägtes Bedürfnis in der Partnerschaft nach Nähe, Liebe und Aufmerksamkeit zugeschrieben (Himminghoffen et al., 2003; Matussek et al., 1986), allerdings wurde in einer anderen Studie ein wesentlich distanzierteres Verhalten im Vergleich zur Normalbevölkerung gefunden (Himminghoffen et al., 2003).

Bipolare Patienten neigen außerdem zu vermehrten Beziehungsprobleme und ebenso zu einer schlechteren Qualität der Partnerschaft bei einem Wiederaufflammen der Erkrankung (Dore et Romans, 2001; Hoover et Fitzgerald, 1981; Cohen et al., 2004; Levkovitz et al., 2000).

Frank et al. (1981) fanden im Vergleich von „gesunden“ Pärchen und Paaren mit einem bipolaren Partner jedoch einen nur sehr geringen Unterschied in der Zufriedenheit in der Beziehung.

Partner manisch-depressiver Patienten gaben vermehrt Beziehungsprobleme an, besonders in einer manischen Phase des Partners, in der auch eine vermehrte Gewaltbereitschaft beschrieben wird (Lam et al., 2005; Dore et Romans, 2001). Dunner et al. (1976) beschreiben bei Frauen bipolarer Patienten sogar ein vermehrtes Auftauchen von affektiven Störungen, was bei Männern jedoch nicht nachgewiesen werden konnte.

Bezüglich der Häufigkeit des Führens einer festen Partnerschaft und der Trennungs- bzw. Scheidungsrate im Vergleich zu gesunden Personen wurde bei bipolaren Patienten kein signifikanter Unterschied gefunden (Dunner et al., 1976). Jedoch hatten Patienten mit so genannten Mood-incongruent-symptoms (Symptome, die zur jeweiligen Stimmung nicht passen) signifikant seltener einen festen Lebenspartner als solche ohne MIS (Marneros et al, 2009).

6. Fallberichte

Kapitel 6.1. und 6.3. verfasst von Martina Leodolter und Bernadette Stebbegg

Kapitel 6.2.:

Die Fallberichte Frau G.1, Frau K., Herr Z., Herr G. und Frau P. von Bernadette Stebbegg verfasst

Die Fallberichte Frau S., Herr N., Frau G.2, Herr K. und Herr F. von Martina Leodolter verfasst

6.1. Interview

Bei der Wahl für die geeignete Methode zur Erhebung der von uns benötigten Daten, entschieden wir uns für ein semi-strukturiertes Interview, da diese Form der Befragung in der Literatur als gute Möglichkeit zur Messung von Sexualität und Partnerschaft beschrieben wird. Das beruht darauf, dass man mit impliziten Verfahren Konstrukte erfassen kann, die mit expliziten nicht möglich sind und dass Interview-Befragungen nichtreaktiv sind, was bedeutet, dass diese Messungen durch Selbstdarstellungstendenzen nicht beeinflusst und verzerrt werden können (Grau et Bierhoff, 2003).

Bei der Recherche nach einem geeigneten Interview stießen wir auf eine überschaubare Anzahl an Fragebögen bezüglich Sexualität und Partnerschaft. Am besten für unsere Zwecke fanden wir die Fragebögen FBK (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körper; Strauß and Richter-Appelt, 1996), ZIP (Zufriedenheit in der Partnerschaft; Hassebrauck, 1991) und TSST (Tübinger Skalen zur Sexualtherapie; Zimmer, 1989), in Anlehnung an welche (mit besonderem Augenmerk auf den Fragebogen TSST) wir unser Interview dann entwarfen.

Interview Diplomarbeit "Der Einfluss von Bipolarität auf das Sexual- und Beziehungsverhalten"						
Patientencode:						
Frage	Antwort					
1	Geschlecht	m	f			
2	Alter					
3	Familienstand	ledig	Partnerschaft	verlobt	verheiratet	verwitwet
4	Form des Zusammenlebens	allein	Partnerschaft			
5	Kinder	ja ()	nein	Abtreibung()	Abort	
6	Kinderwunsch	abgeschlossen	wunsch			
7	Schulbildung	LAP	Matura	abgeschlossenes Studium		
8	Beruf	Hausfrau	arbeitslos	Pension		
9	Religionzugehörigkeit	o.B.	röm kath	evangelisch		
10	gläubig	ja	nein			
11	seit wann Diagnose					
11a	Anzahl depr Episoden					
11b	Anzahl man Episoden					
12	seit wann Probleme					
13	Sexuelle Orientierung	heterosexuell	homosexuell	bisexuell		
14	Sexuell aktiv	GV im letzten J	GV in letzten 5 J	GV >5J zurück	kein GV	
15	Partnerwechsel aktuell Zeitraum - J					
16	Sexuelle Zufriedenheit aktuell (1-6)					
17	Hat sich Sexleben seither verändert	ja	nein			
17a	Zufriedenheit ges	+	++	=	-	--
	manisch	+	++	=	-	--
	depr	+	++	=	-	--
17b	Häufigkeit ges	+	++	=	-	--
	manisch	+	++	=	-	--
	depr	+	++	=	-	--
17c	Partnerwechsel ges	+	++	=	-	--
	manisch	+	++	=	-	--
	depr	+	++	=	-	--
18	Hat sich Bezeleben seither verändert	ja	nein			
18a	Form der Beziehung	single ->Partn	Partn ->Single	=		
	KH Grund für Veränderung	alleiniger Grund	mit Grund	nein		
18b	Zufriedenheit als single (1-6)					
	Wunsch nach Partnerschaft					
	Zufriedenheit in Beziehung (1-6)					
18c	treue in Partnerschaft	ja	nein			
	Veränderung im Treue-Verhalten					
19	Verhütungsmethode	Pille	Kondom	Kombination:		
20	Konsequenz der Verhütung					
21	aktuelle Medikamente					
21a	Psychopharmaka					

Das Interview gliedert sich in zwei Abschnitte:

- Der erste (Fragen eins bis zehn) beschäftigt sich mit allgemeinen Fragen zu den Patienten, wie z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand und Religionszugehörigkeit und dient der groben Skizzierung des Befragten, und der Vergleichbarkeit der Teilnehmer untereinander.
- Im zweiten Teil gehen wir auf die Studien-spezifischen Fragen über Bipolarität, Sexualität und Partnerschaft ein. Die Fragen elf bis zwölf beschäftigen sich mit der Differenz zwischen Diagnosestellung und Auftreten der ersten Symptome der Krankheit, und mit der Frequenz depressiver und manischer Episoden. In den Punkten 13, 14, 16 bis 17b, 19 und 20 behandeln wir die Zufriedenheit des Sexuallebens und die Häufigkeit der sexuellen Interaktionen im Allgemeinen und in den einzelnen Krankheitsphasen. Fragen bezüglich der Partnerschaft bzw. des Single-Lebens beleuchten wir in den Punkten 15 und 18, mit dem besonderen Augenmerk auf die

Zufriedenheit und Treue. abschließend werden die Patienten gebeten, ihre aktuelle Medikation anzugeben um etwaige Zusammenhänge zwischen bestimmten Psychopharmaka und sexuellen Dysfunktionen zu finden.

6.2. Patientenbeschreibungen

Frau G.1

Im Rahmen unserer Diplomarbeit besuchten wir regelmäßig die Selbsthilfegruppe für bipolare Patienten des Universitätsklinikums für Psychiatrie in Graz. Frau G. war eine der ersten Patienten, die wir auf diesem Weg kennen lernten.

Die 50jährige Patientin hatte zum Zeitpunkt des Interviews, welches gegen Ende ihres letzten stationären Aufenthalts stattfand, eine bereits seit 13 Jahren diagnostizierte bipolare Störung des Typs II. Stationär befand sie sich aufgrund einer depressiven Episode mit Freud-Interessens- und Antriebslosigkeit. Während unseres Gesprächs waren die oben beschriebenen Symptome jedoch nur mehr sehr schwach ausgeprägt (der BDI ergab einen Summenwert von sieben), jedoch war sie nur im negativen Skalenbereich affektiv schwingungsfähig.

Frau G. lebte seit 22 Jahren mit ihrem Mann zusammen und war Mutter eines 21-jährigen Sohnes. Seit ihrem Handelsschulabschluss arbeitete sie als Werbedame für diverse Firmen. Die Patientin war römisch-katholisch und bezeichnete sich selbst als sehr gläubig und religiös.

Vor der erstmaligen Diagnose ihrer manisch-depressiven Erkrankung habe sie bereits zirka vier Jahre lang Beschwerden dieser Art gehabt. Seither durchlief sie nach eigenen Angaben ca. zehn hypomanische und über 20 depressive Phasen, wobei in den letzten drei Jahren nur noch depressive Phasen aufgetreten sind. Zu der Zeit litt ihre Ehe unter massiven Beziehungsproblemen, weshalb die beiden auch eine Paartherapie machten. Seither haben sich die Probleme gebessert, doch Frau G gab an, immer noch nicht sehr glücklich in ihrer Ehe zu sein und bewertete die Zufriedenheit in ihrer Beziehung mit vier (auf einer Skala von eins bis sechs im Schulnotensystem). Ihre psychische Erkrankung sah sie als Mitgrund dafür.

Bezüglich der Sexualität gab Frau G. an, heterosexuell und sexuell aktiv zu sein (der letzte Geschlechtsverkehr lag im letzten Jahr). In ihrer Ehe sei sich das Paar bis heute immer treu gewesen. Ihr Sexualleben habe sich mit der Krankheit nicht grundlegend verändert, jedoch

habe die Häufigkeit in ihren depressiven Phasen stark abgenommen („-“, im Interviewbogen). Die sexuelle Zufriedenheit (drei auf einer Skala von eins bis sechs im Schulnotensystem) und den Partnerwechsel habe ihre Erkrankung nicht beeinflusst.

Unser Eindruck von der Patientin war, dass die Sexualität in ihrer Ehe weder vor noch mit bipolarer Störung eine wichtige Rolle gespielt hat, was eine Erklärung dafür sein könnte, dass zwar die Frequenz der sexuellen Interaktionen stark abgenommen hat, die Zufriedenheit aber unbeeinflusst blieb.

Als Verhütungsmethode verwendete Frau G. die Spirale, was eine konsequente Verhütung mit sich zog.

Die derzeitige Medikation der Patientin erfolgt mit Cipralex® und Seroquel®. An zusätzlichen Medikamenten nehme sie nur Effortil®-Tropfen bei Bedarf ein. Die vorher erwähnten Psychopharmaka vertrage sie relativ gut und nehme sie in dieser Kombination schon seit einigen Jahren.

Eine Alkohol- oder Drogensucht ist bei Frau G nicht bekannt.

Frau K.

Während wir mit bipolaren Patienten für unsere Diplomarbeit arbeiteten, lernten wir Frau K. im Rahmen der Selbsthilfegruppe für bipolare Patienten der Universitätsklinik für Psychiatrie kennen, an der die Patientin regelmäßig teilnahm.

Die 51-jährige Frau K. hatte zum Zeitpunkt des Interviews eine seit einem Jahr diagnostizierte bipolare Störung des Typs I. Während unseres Gesprächs wirkte sie weder depressiv noch manisch, zeigte sich in guter Stimmung, war nicht antriebslos und im gesamten Skalenbereich affektiv schwingungsfähig (der BDI ergab einen Summenwert von fünf).

Die Patientin war seit vielen Jahren verheiratet, war Mutter von sieben Kindern und hatte zwei Totgeburten. Nach der Matura machte sie eine Ausbildung zur DGKS und zurzeit war sie als Hausfrau tätig. Frau K. war römisch-katholisch und bezeichnete sich selbst als gläubigen Menschen.

Vor der erstmaligen Diagnose ihrer bipolaren Erkrankung habe sie bereits zirka 20 Jahre lang Probleme dieser Art gehabt und seither seien nach eigenen Angaben ungefähr 15 depressive und zehn hypomanische oder manische Episoden aufgetreten.

Auch die Beziehung von der Patientin veränderte sich in dieser Zeit, was Eheprobleme zur Folge hatte. Frau K. gab die Krankheit als einen Mitgrund für diese Veränderungen an und bewertete die Zufriedenheit in ihrer Beziehung mit drei (auf einer Skala von eins bis sechs im Schulnotensystem).

Bezogen auf die Sexualität gab die Patientin an, heterosexuell und sexuell aktiv zu sein (der letzte Geschlechtsverkehr lag im letzten Jahr). Ihr Sexualeben habe sich mit der Erkrankung verändert. Vor allem die Bereiche Zufriedenheit in depressiven Episoden und die Häufigkeit gesamt, sowie die Häufigkeit in depressiven Phasen, wurden negativ beeinflusst („-“, im Interviewbogen). Auch die allgemeine sexuelle Zufriedenheit hatte stark abgenommen und wurde von Frau K. mit vier (auf einer Skala von eins bis sechs im Schulnotensystem) bewertet. Unter der Medikation mit Seroxat® beklagte die Patientin eine massive Verminderung ihrer Libido, welche sich nach Reduzierung der Dosis besserte. Auf den Partnerwechsel und die Treue in ihrer Beziehung habe die Krankheit keinen Einfluss genommen.

Die Patientin verhütete nicht mehr, da sie sich schon in den Wechseljahren befand.

Die derzeitige Medikation erfolgte mit Depakine® und Seroxat®, was von der Patientin sehr gut vertragen wurde. Ansonsten nahm Frau K. keine anderen Medikamente ein und auch eine Alkohol- oder Drogensucht waren bei ihr nicht bekannt.

Herr Z.

In der Zeit der Arbeit für unsere Diplomarbeit lernten wir Herrn Z. kennen, der zu einem Kontrolltermin in die Ambulanz des Universitätsklinikums für Psychiatrie kam. Im Rahmen dieses Termins konnten wir mit ihm ein ausführliches Gespräch führen. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient 61 Jahre alt und hatte eine seit 18 Jahren diagnostizierte bipolare Störung des Typs I. Im Gespräch wirkte Herr Z. von der Stimmungslage eher depressiv, erschien etwas antriebslos und war nur im negativen Bereich schwingungsfähig (der BDI ergab einen Summenwert von sieben).

Der Patient war seit drei Jahren verwitwet, lebte seither allein und war Vater von zwei Kindern. Nach seiner Lehrabschlussprüfung arbeitete er als Kellner in der Gastronomie, war

aber seit einigen Jahren schon in Pension. Herr Z. war römisch-katholisch und bezeichnete sich selbst als gläubigen Menschen.

Bevor 1990 die Diagnose „manisch-depressive Erkrankung“ gestellt wurde hatte der Patient schon seit ungefähr 20 Jahren Probleme und durchlitt in der ganzen Zeit zirka zwanzig depressive und zehn manische Episoden. Den Grund für seine Erkrankung sah Herr Z. im verfrühten Tod seines Vaters, der ihn sehr erschütterte. Was den Patienten zusätzlich belastete, waren finanzielle Probleme, die auch der Auslöser für eine depressive Phase waren. Der Patient gab an, in seiner Ehe glücklich gewesen zu sein, obwohl seine Erkrankung die Beziehung oft negativ beeinflusste und es deswegen auch öfters zu Streitigkeiten kam. Trotz dieser Probleme war er nach eigenen Angaben seiner Frau immer treu. Der Tod seiner Frau war Ursache für eine schwere depressive Episode vor drei Jahren. Seit ihrem Tod wünschte sich Herr Z. eine Partnerschaft und die Zufriedenheit als Single wurde von ihm mit einer fünf bewertet (im Skalenbereich von eins bis sechs im Schulnotensystem).

Der Patient gab im Gespräch an heterosexuell zu sein und Geschlechtsverkehr im letzten Jahr gehabt zu haben, dabei jedoch in keiner Weise verhütet zu haben. Seine aktuelle sexuelle Zufriedenheit bezeichnete der Patient als sehr schlecht (fünf im Skalenbereich von 1-6 im Schulnotensystem) und er gab auch die Krankheit als einen Mitgrund dafür an. Vor allem die Häufigkeit und Zufriedenheit, überwiegend in den depressiven Phasen, wurden negativ beeinflusst („-“, im Interviewbogen).

Die Medikation von Herrn Z. erfolgte mit Efectin ®, Quilonorm ® und Zyprexa ®. An zusätzlichen Medikamenten nahm er Pantoloc als Magenschutz und Simvastatin als Lipidsenker ein. Außerdem gab der Patient an, immer schon gerne „ein bis zwei Bier“ getrunken zu haben – was aber seit der Erkrankung zeitweise ausfuerte. Eine Drogensucht ist bei ihm nicht bekannt.

Herr G.

Während der Arbeit mit „manisch-depressiven“ Patienten lernten wir unter anderem Herrn G. kennen, der die Selbsthilfegruppe regelmäßig besuchte. Zu dem Zeitpunkt des geführten Interviews war der Patient 56 Jahre alt und hatte eine seit einem Jahr diagnostizierte bipolare Störung des Typs I. Im Gespräch wirkte Herr G. desinteressiert und abwesend. Seine

Stimmung war depressiv, sein Antrieb vermindert und er war nur im negativen Skalenbereich schwingungsfähig (der BDI ergab einen Summenwert von 16).

Der Patient lebte seit 30 Jahren in einer Partnerschaft zusammen mit seinem Freund und hatte keine Kinder. Nach seiner Lehrabschlussprüfung arbeitete er bis zu dem Zeitpunkt des Interviews als Kellner. Er war römisch-katholisch und bezeichnete sich selbst als gläubig.

Vor seiner Diagnosestellung 2007 litt der Patient schon über dreißig Jahren an schweren Depressionen, die dann einmal von einer einzigen manischen Phase durchbrochen wurden. In seiner Partnerschaft fühlte sich Herr G. sehr glücklich und sie half ihm über die belastenden Phasen der Depression, die bei ihm sehr häufig waren. Die Krankheit hätte nach der Meinung des Patienten den Zusammenhalt noch gestärkt und Herr G. bewertete die Zufriedenheit in seiner Beziehung mit einer eins (im Bereich von eins bis sechs im Schulnotensystem).

Bezogen auf die Sexualität gab der Patient an, homosexuell und auch sexuell aktiv zu sein (der letzte Geschlechtsverkehr liegt im letzten Jahr). Seine aktuelle sexuelle Zufriedenheit bezeichnete der Patient als äußerst schlecht und bewertete sie mit einer sechs (im Bereich von eins bis sechs im Schulnotensystem). Sein Sexualleben hatte sich mit der Erkrankung nach seinen Angaben grundlegend verändert. Er gab an, das Interesse an Sex vollständig verloren zu haben, wodurch die Häufigkeit an sexuellen Interaktionen stark abgenommen hatte („- -“, im Interviewbogen). Nur in der einen manischen Phase hatte er ein gesteigertes Bedürfnis und wieder Interesse an Sex gefunden. Herr G. glaubte, dass vor allem die Medikamente daran Schuld tragen, weil er nach eigenen Angaben durch die Medikation komplett gefühllos geworden ist. Als einziges unbeeinflusst von der Erkrankung blieb die Treue des Patienten, die nach eigenen Angaben sehr wichtig für ihn sei.

Die aktuelle Medikation erfolgte mit Cymbalta® und Zeldox®, auf welches Herr Z. neu eingestellt wurde. Die Alkoholanamnese bei dem Patienten war positiv, wobei er es schaffte, lange Zeit abstinent zu bleiben. Eine neuerliche schwere depressive Episode verursachte jedoch einen Rückfall.

Frau P.

Kennen gelernt haben wir Frau P. vor zirka zwei Jahren im Rahmen der Selbsthilfegruppe für bipolare Patienten auf der Universitätsklinik.

Zusätzlich betreute Bernadette Stebbegg die 55-jährige Patientin im Rahmen ihres Praktikums im sechsten Studienjahr auf der Station 1b der Psychiatrie. Die Patientin war zum vermehrten Mal stationär und litt seit vier Jahren an einer diagnostizierten bipolaren affektiven Störung des Typs I mit vermehrten depressiven Episoden. Auch dieses Mal war sie zirka für fünf Wochen wegen einer depressiven Phase mit starker Freud-, Interessens-, und Antriebslosigkeit und einer zusätzlichen Einschlaf- und Durchschlafstörung auf der Station.

Am Beginn ihres Aufenthalts wirkte die Patientin stark belastet und depressiv. Ihr Gesicht hatte wenig Ausdruck und Frau P. schien sehr müde und antriebslos zu sein. Auch die ersten Gespräche mit ihr waren nicht leicht zu führen, da sie etwas verwirrt und ungeordnet sprach und lustlos agierte.

Sie belasteten vor allem finanzielle und private Probleme, sie wusste nichts mit ihrem Leben anzufangen und ihr fehlte eine gewisse Struktur. Zum Zeitpunkt des Interviews, welches am Schluss ihres Aufenthalts stattgefunden hat, war die Patientin in guter Stimmung und der Antrieb hatte sich normalisiert (der BDI ergab einen Summenwert von drei).

Frau P. war seit zwei Jahren in einer Beziehung, lebte aber alleine und hatte keine Kinder. Nach der Matura besuchte sie ein Kolleg und arbeitete dann bis zu ihrer Frühpensionierung als Chemotechnikerin. Sie war römisch-katholisch und auch gläubig.

Vor der Diagnose „bipolare Störung“ hatte die Patientin schon zirka seit zwanzig Jahren Probleme mit Depressionen, die bei Frau P. bis heute stark überwiegen (die Patientin konnte sich nur an zwei wirkliche manische Phasen erinnern). Das Verhältnis mit ihrem Lebensgefährten schilderte sie als nicht sehr eng, da sie Nähe zu einem Mann nach eigenen Angaben nur schwer ertragen könne.

Die Erkrankung wurde als Mitgrund dafür bezeichnet, doch trotz einiger Probleme in der Beziehung bewertete die Patientin ihre Zufriedenheit damit mit einer zwei (im Skalenbereich von eins bis sechs im Schulnotensystem).

Im Hinblick auf die Sexualität gab die Patientin an, heterosexuell und sexuell aktiv zu sein (Geschlechtsverkehr im letzten Jahr). Ihre sexuelle Zufriedenheit bezeichnete sie als mittelmäßig (eine drei im Skalenbereich von eins bis sechs im Schulnotensystem). Ihre Krankheit beeinflusste dies insofern, als dass die Häufigkeit und Befriedigung in den manischen Phasen gut („+“ im Interviewbogen) und in den depressiven Episoden unterdurchschnittlich („-“, im Interviewbogen) waren. Auf den Partnerwechsel und ihre Treue hatte die Erkrankung keinen Einfluss genommen.

Da Frau P. eine Hysterektomie hatte verzichtet sie auf eine Verhütung.

Die derzeitige Medikation erfolgte mit Seroxat®, Zyprexa®, Dominal forte® und Nozinan Tropfen®, ansonsten nahm die Patientin nichts ein. Jedoch war eine Alkoholsucht der Patientin bekannt, die sie nach eigener Aussage im Griff hatte.

Frau S.

Frau S. lernten wir bei einem unserer ersten Besuche der Selbsthilfegruppe kennen. Die 49-jährige Patientin schien von Anfang an Vertrauen zu uns zu haben und erzählte uns in einem langen Gespräch ausführlich von ihrer Erkrankung, mit der sie bereits seit ihrem 24. Lebensjahr zu kämpfen habe. Die Diagnose der bipolaren Störung des Typ I wurde jedoch erst 2003 gestellt, als sie bei massiven Eheproblemen und einer schweren Finanzkrise mit einem Suizidversuch durch Medikamentenintoxikation erstmals am Universitätsklinikum für Psychiatrie stationär eingewiesen worden war. Während unseres Gesprächs wirkte Frau S. etwas weinerlich und weitschweifig, jedoch besonders im negativen Bereich gut schwingungsfähig. Subjektiv gab sie an, etwas traurig zu sein, jedoch derzeit keine wirklich depressive Verstimmung zu empfinden (der BDI ergab einen Summenwert von 6).

Frau S. lebte seit vier Jahren von ihrem Mann geschieden allein und war Mutter eines bereits erwachsenen Sohnes. Beruflich war sie nach abgeschlossenem Studium im Gesundheitsmanagement tätig. Durch die manischen Phasen konnte sie dieser Tätigkeit jedoch nicht mehr nachgehen, da sie sowohl das Unternehmen wie auch sich selbst in finanzielle Schwierigkeiten brachte. Jetzt sei sie geringfügig in derselben Berufssparte tätig, was ihr jedoch keine Befriedigung bringe. Die Patientin bezeichnete sich selbst als gläubig, war jedoch schon vor langer Zeit aus der Kirche ausgetreten.

Frau S. gab an, vor der Diagnosestellung bereits unzählige „Hochs“ und „Tiefs“ durchlebt zu haben, wobei die manischen Stimmungsveränderungen immer überwiegt hätten. Seit der Diagnostizierung der Erkrankung und der damit auch medikamentösen Einstellung habe sie unter drei schweren depressiven Phasen und einer hypomanischen Phase gelitten.

Zur Zeit der ersten depressiven Phase, die zu einem stationären Aufenthalt geführt hatte, gab es in ihrer Ehe bereits massive Probleme, welche bald darauf in die Brüche ging. Zu dieser

Zeit rutschte Frau S. wiederum in eine schwere Depression. Für ihre Scheidung (im Jahr 2003) machte die Patientin ihre Erkrankung mitverantwortlich. Wir hatten den Eindruck, dass Frau S. unter dieser Trennung und der damit zusammenhängenden Kränkung immer noch sehr litt (die nunmehrige Freundin des Exgatten hatte sie unter anderem mehrmals wegen angeblicher Körperverletzung angezeigt). Sie habe seither keine neue Beziehung eingehen können. Sie bezeichnete ihre Zufriedenheit als Single mit fünf (im Schulnotensystem von eins bis sechs).

Die sexuell aktive (letzter Geschlechtsverkehr innerhalb des letzten Jahres) und heterosexuelle Patientin berichtete, dass sich ihr Sexualleben seit Beginn der Symptome ebenfalls nicht unwesentlich verändert habe. Die Zufriedenheit insgesamt (welche sie zum Zeitpunkt des Interviews mit drei im Schulnotensystem von eins bis sechs benotete) sei relativ gleich geblieben, jedoch gab es starke Schwankungen bezogen auf die Häufigkeit („+ + in den manischen- und „- -“, in den depressiven Phasen) und Zufriedenheit (ebenfalls „+ +“ in manischen- und „- -“, während depressiven Episoden) zwischen depressiven und manischen Phasen. Ihrem Ex-Gatten sei sie aber immer treu gewesen.

Unser Eindruck der Patientin war, dass sie sehr großen Wert darauf legte, wie sie nach außen hin wirkt und was andere Leute über sie denken. Sei es bezüglich ihres Jobs, in dem sie geringfügig tätig war, um niemandem erzählen zu müssen in Berufsunfähigkeitspension zu sein, aber auch bezogen ihres Aussehens und der gescheiterten Ehe. Der Sexualität schien sie seit der Trennung keine große Bedeutung mehr zuzuschreiben, gab aber an, falls es doch zu einem Kontakt kam, mit Kondom verhütet zu haben. Wir sahen Frau S. noch in einer weiteren Sitzung der Selbsthilfegruppe, danach aber nie wieder, und auch die anderen Teilnehmer berichteten, dass sie den Kontakt zu ihnen völlig abgebrochen habe.

Vor einer starken depressiven Episode im vergangenen Jahr hatte Frau S. ihre Medikation selbst abgesetzt, da sie von Quilonorm® stark zugenommen habe und unter dieser Gewichtszunahme so massiv litt, dass sie sogar bis zu zweimal täglich willkürliches Erbrechen indizierte. Derzeit nehme sie Trittico®, Seroquel® und Dominal® (bei Bedarf) ein, womit es ihr relativ gut gehe.

Die Alkohol- und Drogenanamnese war negativ.

Herr N.

Herrn N. lernten wir während seines letzten stationären Aufenthalts auf der Universitätsklinik für Psychiatrie aufgrund einer schweren depressiven Phase kennen. Unser Interview mit dem 45-jährigen Patienten fand kurz vor seiner Entlassung statt, zu welchem Zeitpunkt er einen BDI von sieben aufwies. Abgesehen von einer leicht gedrückten Stimmung und einem etwas vermindertem Antrieb wirkte er unauffällig.

Der Patient, der unter einer seit vier Jahren diagnostizierten bipolaren Störung Typ II litt, berichtete, bereits seit circa 15 Jahren Probleme diesbezüglich zu haben und ungefähr 15 depressive- und 15 hypomanische Phasen durchlaufen zu haben. Die jetzige Aufnahme ins Krankenhaus kam zustande, da sich der Patient vor einigen Monaten in einer hypomanischen Phase so gut gefühlt hatte, dass er von sich aus alle Medikamente abgesetzt hatte. Daraufhin entwickelten sich immer stärkere Rückzugstendenzen, starke Schlafstörungen und irrealer Ängste, Briefe zu öffnen. Kurz bevor er in Begleitung seiner Eltern in die Ambulanz kam, konnte er seinen Alltag nicht alleine bewältigen und war auf die Hilfe seiner Mutter angewiesen.

Herr N. lebte nach der Scheidung von seiner Frau vor zehn Jahren, mit der er zwei Söhne habe, allein. Zu der Exfrau, die inzwischen wieder neu verheiratet ist und die das alleinige Sorgerecht für die beiden Kinder hat, habe er aber ein sehr gutes Verhältnis, auch wenn die Scheidung ihn damals sehr mitgenommen hatte und in einer starken Depression geendet hat. Zu seinen Söhnen habe der inzwischen in Frühpension befindliche frühere im Verkauf von Computern tätige Patient ebenfalls ein sehr gutes Verhältnis. Von der Kirche war er ausgetreten, bezeichnete sich selbst aber als gläubig.

Seit seiner Scheidung, für die er der Krankheit die Hauptschuld gab, habe er keine wirklich ernst zu nehmende Beziehung zu einer Frau mehr gehabt. Herr N. gab an, bestrebt gewesen zu sein eine neue Partnerschaft zu führen, sei aber nach den daraufhin vergangenen Fehlschlägen jetzt relativ glücklich alleine und benotete seine Zufriedenheit als Single mit zwei (im Schulnotensystem von eins bis sechs).

Seit seiner Scheidung, für die er der Krankheit die Hauptschuld gab, habe er keine wirklich ernst zu nehmende Beziehung zu einer Frau mehr gehabt. Herr N. gab an, bestrebt gewesen zu sein eine neue Partnerschaft zu führen, sei aber nach den daraufhin vergangenen Fehlschlägen

jetzt ganz glücklich allein und benotete seine Zufriedenheit als Single mit zwei (im Schulnotensystem von eins bis sechs).

Bezüglich seines Sexuallebens gab der heterosexuelle Herr N. an, sexuell aktiv zu sein, keine fixe Sexualpartnerin zu haben, aber konsequent mit Kondom zu verhüten. Es habe sich seit der Erkrankung insofern verändert, dass die Häufigkeit gesamt und in den hypomanischen Phasen zugenommen habe („+“ im Interview, während den depressiven Verstimmungen „- -“), die Zufriedenheit gesamt jedoch gleich geblieben sei (In den hypomanischen Verstimmungen „+“ und in den depressiven „- -“). Insgesamt benotete der Patient seine aktuelle sexuelle Zufriedenheit mit drei (im Schulnotensystem von eins bis sechs).

Während dieses stationären Aufenthalts wurde Herr N auf folgende Medikamente eingestellt: Depakine®, Seroquel® und Gladem®.

Alkoholkonsum war bei dem Patienten nur gelegentlich bekannt, wobei ihm wegen alkoholisierten Fahrens vor einem Jahr der Führerschein entzogen wurde. Die Drogenanamnese war negativ.

Frau G.2

Frau G. lernten wir während ihres bisher einzigen Aufenthalts auf dem Universitätsklinikum für Psychiatrie kennen. Die 50-jährige Patientin war wegen einer depressiven Episode stationär in der Klinik und gab uns das Interview ca. eine Woche vor ihrer Entlassung bei einem BDI von 17. Die bipolare Störung Typ I wurde bei ihr im Jahr 2004 diagnostiziert, nachdem sie ein Jahr zuvor nach einer massiven manischen Phase in die erste depressive abgerutscht war. Seither durchlebte sie nach eigenen Angaben sechs „Hochs“ und „Tiefs“. Während unseres Gesprächs waren Antriebs- und Freudlosigkeit im Vordergrund. Frau G. war schwingungsfähig, jedoch nur im negativen Skalenbereich.

Die Hauptschullehrerin war bereits seit vielen Jahren verheiratet und hatte zwei erwachsene Kinder. Sie bezeichnete sich als gläubig, war jedoch schon seit langem aus der Kirche ausgetreten.

In ihrer Ehe war Frau G. relativ zufrieden abgesehen „von den kleinen und großen Problemen die eh jeder hat“ und bezeichnete die Zufriedenheit in dieser Partnerschaft mit drei (im

Schulnotensystem von eins bis sechs). Allerdings habe sich ihre Beziehung seit der Erkrankung verändert. Ihr gab sie dafür jedoch nicht die alleinige Schuld, obwohl die häufigen Schwankungen nach oben und unten in den letzten Jahren eine ziemliche Belastung waren. Treue in ihrer Beziehung sei ihr damals wie heute außerordentlich wichtig.

Das Sexualleben der heterosexuellen und sexuell aktiven Patientin habe sich ebenfalls geändert, wobei die Zufriedenheit zugenommen habe („+“ im Interview), die Häufigkeit aufgrund der stark verminderten Lust in den depressiven Episoden aber auch insgesamt abgenommen hatte („-“, im Interview). Insgesamt benotete Frau G. ihre sexuelle Zufriedenheit mit drei (im Schulnotensystem von eins bis sechs). Sie verhütet mit der Spirale.

Die aktuelle Medikation der Patientin bestand aus Quilonorm® und Efectin®. Außerdem nahm sie einen Beta-Blocker und einen PPI ein. Bezüglich Alkohol- und Drogenproblemen war bei Frau G. nichts bekannt.

Herr K.

Herrn K. lernten wir bei einem Routine-Ambulanz-Kontrolltermin auf der Universitätsklinik für Psychiatrie kennen. Zu diesem Zeitpunkt ging es dem 30-jährigen Patienten außerordentlich gut. Es waren keinerlei negative Verstimmungen oder Verluste der Schwingungsfähigkeit zu merken und der BDI ergab einen Summenwert von nur drei.

Der Patient war seit sechs Jahren mit seiner Partnerin verheiratet und war Vater von zwei Kindern. Nach seiner LAP machte sich Herr K. bald selbstständig. Er bezeichnete sich zwar nicht als gläubig, war im Religionsbekenntnis trotzdem römisch-katholisch.

Die Diagnose „bipolare Störung“ Typ I wurde bei Herrn K. vor zwölf Jahren zeitgleich mit den ersten Symptomen gestellt. Seither war der Patient relativ stabil eingestellt und durchlebte jeweils vier manische und depressive Phasen.

In seiner Ehe war Herr K. glücklich, und berichtete, dass die Krankheit die Beziehung noch zusammengeschweißt hätte, und er von seiner Gattin gut unterstützt werde. In Zahlen ausgedrückt benotete Herr K. seine Zufriedenheit in der Partnerschaft mit zwei (im Schulnotensystem von eins bis sechs).

Das Sexualleben des heterosexuellen Patienten habe sich seit der Erkrankung nicht verändert. Weder in der Häufigkeit (er war sexuell aktiv), im Partnerwechsel (er sei seiner Frau treu), noch in der Zufriedenheit gab es positive oder negative Veränderungen. Herr K. sei sehr zufrieden und gab seine sexuelle Zufriedenheit mit eins (im Schulnotensystem von eins bis sechs) an. Bezüglich der Verhütung verwende seine Frau die Hormonspirale, da der Kinderwunsch nun abgeschlossen sei.

Herr K. wirkte auf uns alles in allem sehr glücklich und zufrieden ohne Anzeichen des Beginns einer manischen Phase.

Mit Seroquel® und Quilonorm® schien der Patient ohne gravierende Nebenwirkungen gut eingestellt zu sein.

Abgesehen von gelegentlichem Alkoholkonsum in Maßen war die Alkohol- und Drogenanamnese unauffällig.

Herr F.

Herr F. war der erste Patient, den wir im Rahmen dieser Arbeit befragt haben. Kennen gelernt haben wir ihn bei einem ambulanten Kontrolltermin nach einer depressiven Phase. Der 37-jährige Patient wirkte in seinem Antrieb etwas vermindert und immer noch depressiv verstimmt. (Der durchgeführte BDI ergab einen Summenwert von 16).

Herr F. lebte allein und war zu Zeit der Befragung Single, wünschte sich jedoch eine feste Partnerin und hätte auch sehr gerne Kinder. Nach einer abgeschlossenen Lehre zum Stahlbauschlosser merkte er bald, dass er sich in diesem Beruf nicht wohlfühlte und machte die Ausbildung zum Behindertenbetreuer, als welcher er auch jetzt noch tätig war. Der Patient bezeichnete sich als gläubig und war im Religionsbekenntnis römisch-katholisch.

Vor der Diagnosestelle einer bipolaren Störung vom Typ I im Jahr 2005 gab der Patient diesbezügliche Probleme seit bereits elf Jahren an, in denen er vier depressive – und fünf manische Phasen durchlebt habe.

Als Single erzählte Herr F. ziemlich unglücklich zu sein und benotete seine Zufriedenheit mit fünf (von eins bis sechs im Schulnotensystem). Für das Scheitern seiner letzten Beziehung, in der er seiner Partnerin treu war, gab er seiner Erkrankung die alleinige Schuld.

Auch sein Sexualleben (Herr F. war heterosexuell) habe sich durch die Krankheit zum Schlechten verändert. Sowohl die Zufriedenheit als auch die Häufigkeit haben stark abgenommen (beide Faktoren „-“, im Interview), wobei es in den manischen Phasen jeweils zu einer leichten Zunahme der Frequenz und Zufriedenheit komme („+“ im Interview). Als Gesamtbenotung seiner sexuellen Zufriedenheit gab Herr F. dennoch eine drei (im Schulnotensystem von eins bis sechs), da in letzter Zeit die depressiven Episoden überwogen haben und er eigentlich gar keine Lust verspüre (der letzte Geschlechtsverkehr lag über ein Jahr zurück und fand mit der damaligen Lebenspartnerin statt, welche mit der Temperaturmethode verhütete).

Medikamentös war der Patient wie folgt eingestellt: Depakine®, Seroquel® und Saroten®.

Die Alkohol- und Drogenanamnese war bei Herrn F. negativ.

6.3. Vergleich

In der Zusammensicht der 10 Patientenfälle ergaben sich in Hinblick auf die 3 Hauptzielgrößen „Sexuelle Zufriedenheit“, „Zufriedenheit als Single“ und „Zufriedenheit in Partnerschaft“ folgende Ergebnisse:

Beziehungsstatus	Sexuelle Zufriedenheit	Zufriedenheit als Single	Zufriedenheit in Partnerschaft	Sexuelle Orientierung	Geschlecht	Alter
P	3		4	heterosexuell	w	50
P	4		3	heterosexuell	w	50
P	6		3	homosexuell	m	57
P	3		2	heterosexuell	w	56
P	3		3	heterosexuell	w	50
P	1		2	heterosexuell	m	30
S	3	5		heterosexuell	m	39
S	5	5		heterosexuell	m	61
S	3	5		heterosexuell	w	49
S	3	2		heterosexuell	m	45

Mittelwert	3,4	4,25	2,83
-------------------	------------	-------------	-------------

P.....Partnerschaft

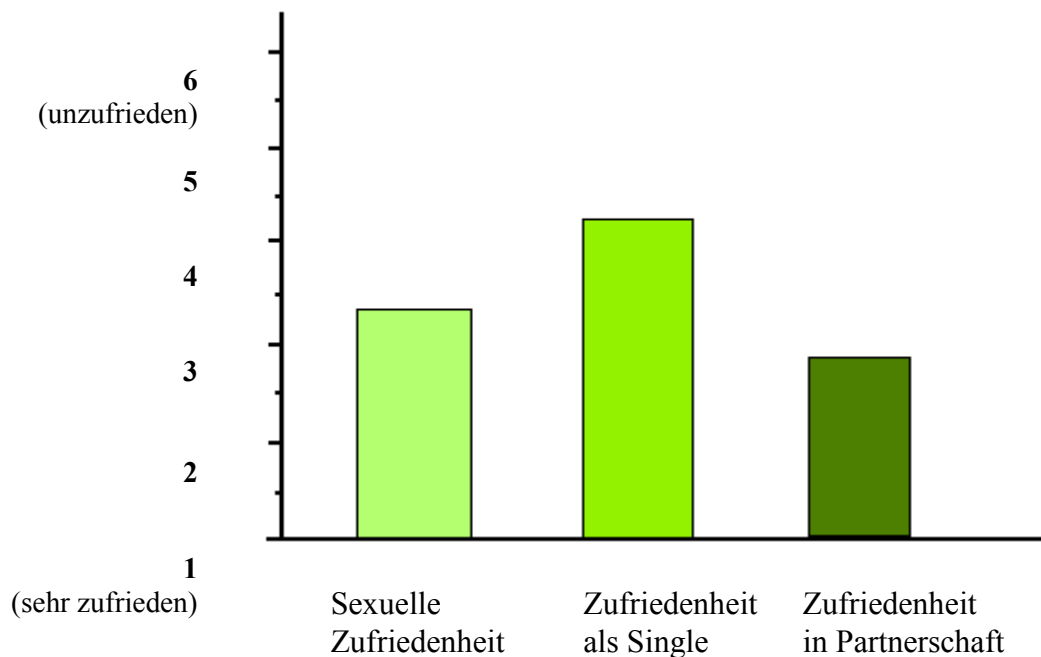
S.....Single

w.....weiblich

m....männlich

Die Bewertung erfolgte im Schulnotensystem von eins bis sechs (1= sehr zufrieden, 6= unzufrieden).

Graphisch dargestellt ergibt sich hierbei folgendes Bild:



*Bezüglich der allgemeinen sexuellen Zufriedenheit fanden wir einen Mittelwert von 3,4 auf einer Skala von ein bis sechs im Schulnotensystem, wobei eins „sehr zufrieden“ und sechs „unzufrieden“ entspricht. Da dieser Wert doch relativ hoch ist, scheint ein Hinweis gegeben zu sein, dass die Erkrankung das Sexualleben tatsächlich negativ beeinflusst.

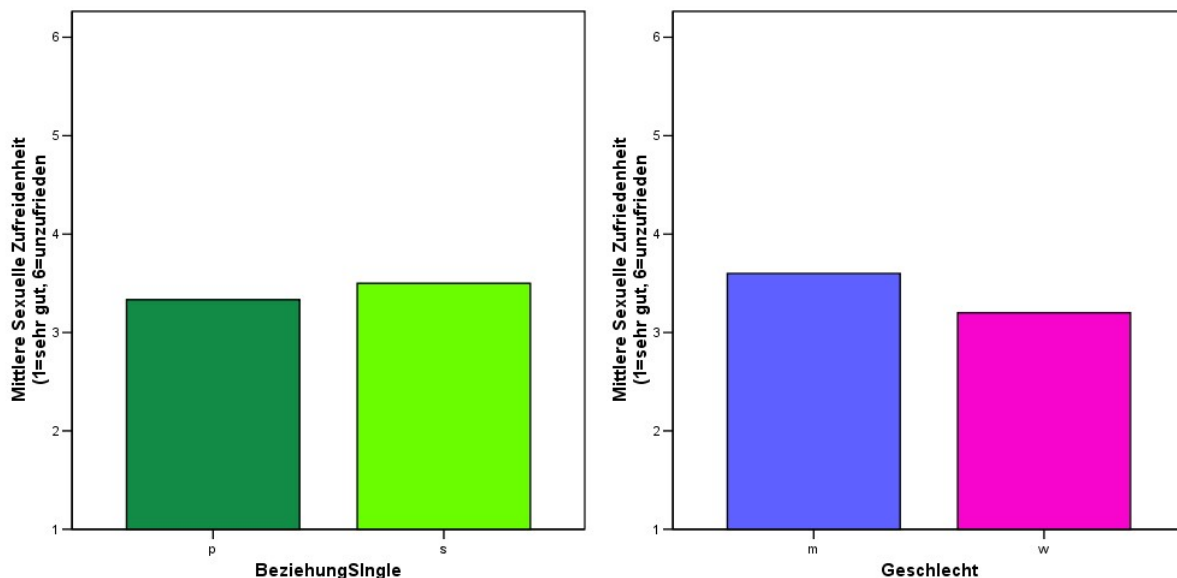
*Bei der Bewertung der Zufriedenheit als Single gaben die Befragten einen durchschnittlichen Wert von 4,25 an. Diese doch ziemlich hohe Unzufriedenheit hat uns überrascht und lässt vermuten, dass manisch-depressive Patienten ein großes Bedürfnis nach Nähe und Halt haben, und somit einen starken Wunsch nach einer Partnerschaft hegen. In der Literatur beschrieben Himminghoffen et al. (2003) und Matussek et al. (1986) genau dieses sehr ausgeprägte Verlangen nach Nähe, Liebe und Aufmerksamkeit, während in einer anderen Studie ein wesentlich distanzierteres Verhalten im Vergleich zur Normalbevölkerung gefunden wurde (Himminghoffen et al., 2003).

*Die mittlere Zufriedenheit in einer Partnerschaft wurde mit 2,83 bewertet, was für uns annähernd „normal“ zu sein scheint. Da die Patienten bei unseren Befragungen zwar auf der einen Seite über vermehrte Beziehungsprobleme (acht der zehn Patienten) und auch Trennungen (drei der zehn Patienten) klagten, aber auf der anderen Seite zum Teil auch

berichteten, dass die Krankheit die Bindung zum Partner intensiviert (zwei der zehn Patienten), scheint uns dieses Ergebnis schlüssig zu sein.

Da wir nur eine sehr kleine Fallzahl zur Analyse der Hauptzielgrößen zur Verfügung hatten, könne die oben genannten Daten nicht als statistisch signifikant, sondern nur als Trend und Anstoß zu weiteren Forschungen gesehen werden.

Im Vergleich der Sexuellen Zufriedenheit zwischen Patienten in einer Partnerschaft und denen, die als Singles leben, ergab sich kein wesentlicher Unterschied. Auch die Geschlechterverteilung ist diesbezüglich annähernd gleich.



Abgesehen von diesen drei Hauptzielgrößen, ergaben unsere Befragungen auch noch folgende weitere Ergebnisse:

- Neun der zehn befragten Patienten gaben eine Veränderung in ihrem Sexualleben seit Beginn der Erkrankung an. Jedoch nahm im Mittel nicht nur die gesamte Zufriedenheit, sondern auch die durchschnittliche Häufigkeit der sexuellen Interaktionen ab. In beiden Punkten (Zufriedenheit und Häufigkeit), gaben die Befragten in den depressiven Episoden eher eine Verminderung, und in den manischen eher eine Steigerung an. Die diesbezügliche Datenlage in der Literatur ist wie bereits erwähnt ziemlich dürftig, aber stimmt mit den von uns gefundenen Ergebnissen weitgehend überein. Matsouka et al. (2003) zum Beispiel gaben eine verminderte sexuelle Aktivität bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen beider Geschlechter an. Dies

deckt sich mit den Untersuchungsergebnissen von Coverdale et Turbott (2000), welche bei Männern mit psychiatrischen Erkrankungen (darunter auch manisch-depressive) ebenfalls eine geringere sexuelle Aktivität zeigten. Bezüglich der sexuellen Zufriedenheit beschrieben Raja et Azzoni (2003), welche mit einem Patientenkollektiv verschiedener psychiatrischer Erkrankungen in dem bipolare Patienten eine Minderheit darstellten arbeiteten, eine Häufung von sexueller Dysfunktion, besonders von Hyposexualität.

Lam et al (2005), stellten ebenfalls eine signifikant verminderte sexuelle Zufriedenheit fest, schlossen dabei jedoch lediglich die Partner der manisch-depressiven Patienten ein, wobei gerade weibliche Partner von herabgesetzter Häufigkeit sexueller Interaktionen in der depressiven Phase berichteten.

- Im Schnitt dauerte es ca. 15 (14,6) Jahre von den ersten Symptomen bis hin zur richtigen Diagnose „bipolare Störung“. Hierbei sei anzumerken, dass viele Patienten lange als depressiv eingestuft wurden, da die erste manische Phase lange auf sich warten ließ. Elgie und Morselli (2007), sehen dieses Delay mit als Anstoß, dass die Öffentlichkeit und gerade Allgemeinmediziner intensiver über diese Krankheit aufgeklärt werden müssen. Auch Bruchmüller und Meyer (2009) beschreiben vermehrte Fehldiagnosen, und begründen dies damit, dass sich Mediziner bei der Diagnosestellung nicht ausschließlich an die ICD-10 oder DSM-IV Regeln halten, sondern Erklärungsversuche der Patienten für ihre Symptome (zum Beispiel eine neue Liebe als Erklärung für hypomanische Symptome) zulassen.
- Vier unserer zehn Patienten gaben belastende Ereignisse (wie der Tod eines geliebten Menschen, eine finanzielle Krise, eine Scheidung/Trennung oder Phase massiver Beziehungsprobleme) als Auslöser einer neuerlichen depressiven Phase an. Dieser Zusammenhang ist in der Literatur nur sehr spärlich erforscht. Christensen und Gjerris (2003) zeigten einen Unterschied zwischen den Geschlechtern, und beschrieben nur bei Frauen einen Zusammenhang zwischen negativen „Life Events“ und depressiven Episoden. In einer anderen Studie, wurde ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und dem Vorkommen von Angststörungen und Alkoholproblemen gezeigt (Kauer Sant’Anna et al., 2007).

- Der bereits in der Literatur beschriebene Zusammenhang zwischen einer manisch-depressiven Erkrankung und vermehrtem Alkoholabusus spiegelte sich auch in unseren Daten wider, indem vier der zehn Befragten Probleme mit Alkohol angaben. Frühere Studien hierzu ergaben einen Prozentsatz von 32,1% an Drogen- und Alkoholmissbrauch (Morgan, 2005). Cassidy et al. (2001) beschrieben sogar eine Lebenszeitrate von über 40% von sowohl Alkohol als auch Drogen, wobei diese Komorbiditäten bei Männern überwogen. Hierbei ist zu bedenken, dass die Richtung der Kausalität- das heißt, ob Alkohol- und Drogenabusus vermehrt zu einer bipolaren Störung führen, ob manisch-depressive Patienten öfter zu Suchtmitteln greifen, oder ob beide Punkte einen Einfluss haben- nicht genau geklärt ist (Krishnan, 2005).
- Einen Zusammenhang zwischen Bipolarität und Finanzproblemen beschreiben bereits Michalak et al. (2006). Auch Hinweise auf vermehrte Raten an Arbeitsbeeinträchtigung und Arbeitslosigkeit findet man in der Literatur (Elgie und Morselli, 2007; Goetz et al., 2007). In unserer Befragung gaben drei der zehn Patienten starke finanzielle Probleme an.
- In unseren zehn durchgeführten Interviews beschrieben zwei Patienten einen massiven Libidoverlust in Zusammenhang mit bestimmten Psychopharmaka (unter Seroxat® und der Kombination Cymbalta® mit Zeldox®). Gerade der Einfluss eines SSRI (Seroxat®) und eines Neuroleptikums (Zeldox®) auf das sexuelle Verlangen decken sich gut mit den in der Literatur beschriebenen Ergebnissen. SSRIs scheinen hierbei unter den bei Antidepressiva beschriebenen Häufung sexueller Nebenwirkungen, die Untergruppe mit den häufigsten zu sein. Zu diesen können vermindertes sexuelles Verlangen und verminderte Erregung, Ejakulations- und Orgasmusprobleme zählen. Einige Studien belegen zusätzlich, dass das Auftreten unerwünschter sexueller Nebenwirkungen dosisabhängig ist (Gregorian et al., 2002; Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008; Fava et Rankin, 2002). Bezogen auf die Therapie mit Neuroleptika beschrieb Labbate (2008) ein herabgesetztes sexuelles Verlangen als das meist verbreitete Problem. Laut Demyttenaere et al. (1998) hingegen sind erektile Dysfunktionen die häufigste Nebenwirkung. Generell kann es zu einer Vielzahl sexueller Nebenwirkungen unter der Therapie mit Antipsychotika kommen, wobei die so genannten Atypika nicht nur im Allgemeinen, sondern auch im

Bezug auf die Sexualität, ein geringeres Nebenwirkungsprofil als die typischen Neuroleptika aufweisen (Demyttenaere et al., 1998; Labbate, 2008).

7. Ausblick

verfasst von Martina Leodolter und Bernadette Stebbegg

Da die Auswirkungen von psychiatrischen Erkrankungen (insbesondere der bipolaren Störung) auf das Privatleben ein noch relativ unerforschtes Gebiet ist, ist weitere Forschung und Arbeit zu diesem Thema sicher sinnvoll und wichtig. Wir haben bereits begonnen unsere Fallzahl an Patienten zu erhöhen (um statistische Signifikanz zu erreichen), eine Kontrollgruppe zur Möglichkeit eines Vergleichs zu einer „gesunden“ Population zu rekrutieren und die Befragungen um standardisierte Fragebögen (TSST, FBK und ZIP) zu erweitern. Außerdem präsentierten wir schon ein Poster mit den bereits gewonnenen Daten am INPC 2009 und wir planen eine Dissertation und Publikation zu dieser Thematik.

8. Literaturverzeichnis

Ainsworth M.D., Blehar M.C., Water E., et al., 1978, Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, Erlbaum, Hillsdale

Aktories, K., Förstermann, U., Hofmann , B., Starke, K., 2005, Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, Urban und Fischer, München, 9. Auflage, 332

American Psychiatric Association, 1994, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Washington DC, 4th Edition

American Psychiatric Association, 2000, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Washington DC, 4th Edition.

Arentewicz G., Schmidt G., 1993, Sexuell gestörte Beziehungen, Enke-Verlag, Stuttgart, 3. Auflage

Banse R., 2002, Beyond verbal self-report: Priming methods in relationship research, Lawrence Erlbaum, Mahwah

Bauer M.S., Altshuler L., Evans D.R., et al., 2005, Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder, *J Affect Disord*, 85(3), 301-15

Beck, Steer, 1987, BDI - Beck Depression Inventory

Beck U., Beck-Gernsheim E., 1994, Auf dem Weg in die postfamiliäre Familie- Von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandtschaft, In: Beck U., Beck-Gernsheim E., Hrsg., Riskante Freiheiten, Suhrkamp, Frankfurt, 115-38

Becker G.S., 1976, The economic approach to human behaviour, University of Chicago Press, Chicago

Beier K.M., Bosinski H.A.G., et al., 2001, Sexualmedizin, Urban und Fischer Verlag, München

Bruchmüller K., Meyer T.D., 2009, Diagnostically irrelevant information can affect the likelihood of a diagnosis of bipolar disorder, *J Affect Disord*, 116(1-2), 148-51

Buddeberg, C., 2005, Sexualberatung, Thieme-Verlag, Stuttgart, 4. Auflage, 24-7

Buss D.M., Schmitt D.P., 1993, Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating, *Psychological Review*, 100, 204-32

Cassidy F., Ahearn E.P., Carroll B.J., 2001, Substance abuse in bipolar disorder, *Bipolar Disord*, 3(4), 181-8

Castelo-Branco C., Huezco M.L., Lagarda J.L., 2008, Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century, *Maturitas*, 60(1), 50-8

Christensen E.M., Gjerris A., Larsen J.K. et al., 2003, Life events and onset of a new phase in bipolar affective disorder, *Bipolar Disord*, 5(5), 356-61

Chuang H.T., Atkinson M., 1996, AIDS knowledge and high-risk behaviour in the chronic mentally ill, *Can J Psychiatry*, 41(5), 269-72

Cohen A.N., Hammen C., Henry R.M., et al., 2004, Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder, *J Affect Disord*, 82(1), 143-7

Coverdale J.H., Turbott S.H., 2000, Risk behaviour for sexually transmitted infections among men with mental disorders, *Psychiatr Serv*, 51(2), 234-8

Davis S.R., Nijland E.A., 2008, Pharmacological therapy for female sexual dysfunction: has progress been made?, *Drugs*, 68(3), 259-64

Demyttenaere K., De Fruyt J., Sienaert P., 1998, Psychotropics and Sexuality, *Int Clin Psychopharmacol*, 13(suppl 6), 35-41

Derogatis L.R., Burnett A.L., 2008, The epidemiology of sexual dysfunction, *J Sex Med*, 5(2), 289-300

Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen, 2007, Programmheft der 7. Jahrestagung: Depression und Manie – Krisen und Belastungsstörungen bei bipolaren Störungen, Bochum, 1

Dickerson F.B., Brown C.H., Kremenbuhl J. et al., 2004, Sexual and reproductive Behaviors among persons with mental illness, *Psychiatr Serv*, 55(11), 1299-301

Dilling H., Mombour W., Schmidt M.K., 2008, Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V(F) – Klinische diagnostische Leitlinien, Huber Verlag, 6. Auflage

Dore G., Rimans S.E., 2001, Impact of bipolar affective disorder on family and partners, *J Affect Disord*, 67(1-3), 147-58

Dunner D.L., Fleiss J.L., Addonizio G., et al., 1976, assortative mating in primary affective disorder, *Biol Psychiatry*, 11(1), 43-51

Elgie R., Morselli P.L., 2007, Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations – a review, *Bipolar Disord.*, 9(1-2), 144-57

Elinson L., Houck P., Pincus H.A., 2007, Working, receiving disability benefits and access to mental health care in individuals with bipolar disorder, *Bipolar Disord*, 9(1-2), 158-65

Fava M., Rankin M., 2002, Sexual Functioning and SSRIs, *J Clin Psychiatry*, 63(suppl 5), 13-6

Fountoulakis K.N., Vieta E., 2008, Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11, 999-1029

Frank E., Targum S.D., Gershon E.S., 1981, A comparison of nonpatient and bipolar patient-well spouse couples, *Am J Psychiatr*, 138(6), 764-8

Frank J.E., Mistrette P., Will J., 2008, Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction, *Am Fam Physician*, 77(5), 635-42

Giuliano F., Hultling C., El Masry L.S., et al., 1999, Randomized trial of Sildenafil for the treatment of erectile dysfunction in spinal cord injury, *Ann Neurol*, 46(1),15-21

Goetz I., Tohen M., Reed C., 2007, Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study, *Bipolar Disord*, 9(1-2), 45-52

Gonzalez M., Viafara G., Caba, F., et al., 2006, Libido and Orgasm in middle-aged woman, *Maturitas*, 53(1), 1-10

Goodwin F.K., Jamison K.R., 2007, Manic-Depressive Illness, Oxford University Press, New York, 2nd Edition, 93-100.

Goodwin G.M., Anderson I., Arango C., et al., 2008, ECNP consensus meeting: bipolar depression. Nice, March 2007, *Eur Neuropsychopharmacol*, 18(7) 535-49

Gottman J.M., 1994, What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes, Erlbaum, Hillsdale

Grau I., Bierhoff H.W., 2003, Sozialpsychologie der Partnerschaft, Springer Verlag, Berlin, 1-109

Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L.K., 1998, Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit Association Test, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-80

Guo J.H., Chen B., 2007, Update of pharmacotherapy for premature ejaculation, *Zhonghua Nan Ke Xue*, 13(5), 449-52

Gutierrez M.J., Scott J., 2004, Psychological treatment for bipolar disorders-a review of randomised controlled trials, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 254(2), 92-8

Gregorian R.S., Golden K.A., Bahce A. et al., 2002, Antidepressant-induced sexual dysfunction, *Ann Pharmacother*, 36, 1577-89

Grunze H., Severus E., 2005, Bipolare Störungen erkennen. Die Kunst der korrekten Diagnose, *Der Neurologe & Psychiater*, Sonderheft 1/2005

Haeberle, E.J., 1985, Die Sexualität des Menschen, De Gruyter, Berlin, 2. Ausgabe

Halvorsen J.G., Metz M.E., 1992, Sexual dysfunction, Part I: Classification, etiolog and pathogenesis, *J Am Board Fm Pract*, 5(1), 51-61

Halvorsen J.G., Metz M.E., 1992, Sexual dysfunction, Part I: Classification, etiolog and pathogenesis, *J Am Board Fm Pract*, 5(2), 177-92

Hassebrauck, 1991, ZIP – Fragebogen zur Zufriedenheit in der Partnerschaft

Heiman, J.R., 2002, Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments, *J Sex Res*, 39(1), 73-80

Helmchen H., Henn F., et al., 2000, *Psychiatrie der Gegenwart*, Springer, Heidelberg, Band 6, 355-91

Himminghoffen H., Budischewski K., Härtling F., et al., 2003, Self-esteem and partner relationships of patients with bipolar affective disorder: a study of the interval personality with the Giessen-test, *Psychiatr Prax*, 30(1), 21-32

Hoover C.F., Fitzgerald R.G., 1981, Marital conflict of manic-depressive patients, *Arch Gen Psychiatry*, 38(1), 65-7

Kauer Sant'Anna, M., Tramontina J., ANDrezza A.C. et al., 2007, Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF-levels and psychopathology, *Bipolar Disord*, 9(1), 128-35

Kayser S., Bewernick B., Axmacher N., et al., 2008, Magnetic Seizure Therapy of treatment-resistant Depression in a patient with bipolar disorder, *J ECT*

King C., Feldman J., Wairhaka Y., et al., 2008, Sexual risk behaviors and sexually transmitted infection prevalence in an outpatient psychiatric clinic, *Sex Transm Dis*, 35(10), 877-82

Klann N., Hahlweg K., Heinrichs N., 2002, Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Hogrefe, Göttingen

Kockott G, 1995, die Sexualität des Menschen, Beck Verlag, München

Kockott G., Fahrner E.M., 2006, Sexualstörungen, Thieme Verlag, Stuttgart, 1

Kraepelin E., 1921, Manic-depressive insanity and paranoia, E.&S. Livingston, Edinburgh, 1

Krishnan K.R., 2005, Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder, *Psychosom Med*, 67(1), 1-8

Krokoff L.J., Gottmann J.M., Hass S.D., 1998, Validation of a global rapid couples interaction scoring system, *Behavioral Assessment*, 11, 65-79

Labbate L.A., 2008, Psychotropics and sexual dysfunction: The evidence and treatments, *Adv Psychosom Med*, 29, 107-30

Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y, 2005, Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients, *Bipolar Disord*, 7(5), 431-40

Lenz G., Küfferle B., 1998, Klinische Psychiatrie, Facultas Universitätsverlag, Wien, 2. Auflage, 246-66

Leonhard K., 1979, The classification of endogenous psychosis, Irvington Publications Inc., New York, 5th ed., 3-4

Levkovitz V., Fenning S., Horesh N., et al., 2000, Perception of ill souse and dyadic relationship in couples with affective disorder and those without, *J Affect Disord*, 58(3), 237-40

Lin D., Mok H., Yatham L.N., 2006, Polytherapy in bipolar disorder, *CNS Drugs*, 20(1), 29-42

Lue T.F., Giuliano F., Montorsi F., et al., 2004, Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men, *J Sex Med*, 2(2), 6-23

Marneros A., Röttig S., Röttig D., et al., 2009, Bipolar I disorder with mood-incongruent psychotic symptoms: A comparative longitudinal study, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259(3), 131-6

Masters W.H., Johnson V.E., 1967, Die sexuelle Reaktion, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt

Masters W.H., Johnson V.E., Kolodny R.C., 1987, Liebe und Sexualität, Ullstein GmbH, Berlin, 7

Matsuoka G.D., Vega-Dienstmaier J.M., Mazzotti G., et al., 2003, Sexual behaviour at risk for HIV/AIDS and sexually transmitted diseases in male patients with psychotic disorders, *Actas Esp Psiquiatr*, 31(2), 73-8

Matussek P., Luks O., Seibt G., 1986, Partner relationships of depressives, *Psychopathology*, 19(3), 143-56

McElroy S.L., 2004, Diagnosing and treating comorbid (complicated) bipolar disorder, *J Clin Psychiatry*, 65 (15), 35-44

Meade C.S., Graff F.S., Griffin M.L. et al., 2008, HIV risk behaviour among patients with co-occurring bipolar and substance abuse disorder: associations with mania and drug abuse, *Drug alcohol Depend*, 92(1-3), 296-300

Meyer S., Schulze E., Balancen des Glücks. Neue Lebensformen: Paare ohne Trauschein, Alleinerziehende und Singles, Beck, München

Michalak E.E., Yatham L.N., Kolesar S. et al., 2006, Bipolar disorder and quality of life : a patient-centered perspective, *Qual Life Res*, 15(1), 25-37

Miklowitz D.J., 2008, Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence, *Am J Psychiatry*, 165(11), 1408-19

Mikula G., 1992, Austausch und Gerechtigkeit in Freundschaft, Partnerschaft und Ehe: Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand, *Psychologische Rundschau*, 43, 69-82

Mikula G., Stroebe W., 1991, Theorien und Determinanten der zwischenmenschlichen Anziehung. In: Amelang M., Ahrens H.J., Bierhoff H.W., Hrsg., *Attraktion und Liebe*, Hogrefe, Göttingen, 61-104

Miner M.M, Seftel A.D., 2007, Centrally acting mechanisms for the treatment of male sexual dysfunction, *Urol Clin North Am*, 34(4), 483-96

Möller H.J., Laux G., Kapfhammer H.P., 2007, *Psychiatrie und Psychotherapie*, Springer Verlag, Berlin, 3. Auflage, 1211-29

Morgan V.C., Mitchell P.B., Jablensky A.V., 2005, The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders, *Bipolar Disord*, 7(4), 326-37

Mutschler E., Geisslinger G., Kroemer H.K., Schäfer-Korting M., 2001, *Mutschler Arzneimittelwirkungen, Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie*, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, Stuttgart, 8.Auflage, 157-93

Neidhardt F., 1975, *Die Familie in Deutschland. Gesellschaftliche Stellung, Struktur und Funktion*, Leske & Budrich, Opladen

Olsson A.M., Speakman M.J., Dinsmore W.W., 2000, Sildenafil Citrate (Viagra®) is effective and well tolerated for treating erectile dysfunction of psychogenic or mixed etiology, *Int J Clin Pract*, 54(9), 561-66

Raja M., Azzoni A., 2003, Sexual behaviour and sexual problems among patients with severe chronic psychoses, *Eur Psychiatry*, 18(2), 70-6

Rice K.R., Dean R.C., 2009, Vardenafil: efficacy, tolerability and future directions, *Expert Opin Drug Metab Toxicol*, 5(5), 553-62

Rosen R.C., Althof S., 2008, Impact of premature ejaculation: the psychological quality of life, and sexual relationship consequences, *J Sex Med*, 5(6), 129-307

Rosenberg K.P., Bleiberg K.L., Koscis J., et al., 2003, A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact in compliance, *J Sex Marital Ther*, 29(4), 289-96

Rowland D.L., Patrick D.L., Rothman M., et al., 2007, The psychological burden of premature ejaculation, *J Urol*, 177(3), 1065-70

Sherazi R., McKeon P., McDonough M., 2006, What's new? The clinical epidemiology of bipolar I disorder, *Harv Rev Psychiatry*, 14(6), 273-84

Sigusch V., 2001, Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, Thieme-Verlag, Stuttgart

Simons J.S., Carey M.P., 2001, Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research, *Arch Sex Behav*, 30(2), 177-219

Sperling H., Lümmer G., Schneider T., et al., 2003, New treatment options for erectile dysfunction. Pharmacologic and non pharmacologic options, *Herz*, 28(4), 314-24

Strauß, Richter-Appelt, 1996, FBK - Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körper

Suppes T., Dennehy E.B., 2002, Texas Medication Algorithm Project, Austin TX: Department of mental health and mental retardation, Dallas TX: University of Texas Southwestern Medical School

Taylor E.H., 2002, Manic-depressive illness. In Ramachandran VS, ed. Encyclopedia of the human brain, Academic Press, San Diego, 745-57

Taylor E.H., 2006, Atlas of Bipolar Disorders, Taylor & Francis Group, Abingdon, 17-31

Torrey E.F., Knable M.B., 2002, Surviving Manic Depression: A Manual on Bipolar Disorder for Patients, Families and Providers, Basic Books, New York

Touliatos J., Perlmutter B. F., Strauss M.A., et al., 2001, Handbook of family measurement techniques, Sage Publications, Thousand Oaks

Waraich P., Goldner E.M., Somers J.M., 2004, Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature, *Can J Psychiatry*, 49, 124-38

WHO, 1994, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel 5: Forschungskriterien, Huber-Verlag, Bern

Wormer, E.J., 2002, Bipolar. Leben mit extremen Emotionen, Depression und Manie, Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knauer Nachf., München.

Vacheron-Trystram M.N., Braitman A., Cheref S., et al., 2004, Antipsychotics in bipolar disorders, *Encephale*, 30(5), 417-24

Zancheddu C., Cariniello B., 2006, Sexual dysfunctions and bipolar disorder: a study of patients submitted to a long-term lithium treatment, *Clin Ter*, 157(5), 419-24

Zimmer, 1989, TSST - Tübinger Skalen zur Sexualtherapie

Anhang

BDI (Becks Depression Inventory)

- A**
- 0 Ich bin nicht traurig.
 - 1 Ich bin traurig.
 - 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
 - 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

- B**
- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
 - 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
 - 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
 - 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.

- C**
- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
 - 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
 - 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
 - 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

- D**
- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
 - 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
 - 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
 - 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

- E**
- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
 - 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
 - 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 - 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

- F**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
 - 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
 - 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
 - 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

- G**
- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
 - 1 Ich bin von mir enttäuscht.
 - 2 Ich finde mich fürchterlich.
 - 3 Ich hasse mich.

- H**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
 - 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
 - 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
 - 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

- I**
- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 - 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
 - 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
 - 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

- J**
- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
 - 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
 - 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
 - 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

- K**
- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 - 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
 - 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
 - 3 Die Dinge, die mich früher gereizt haben, berühren mich nicht mehr.

- L**
- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
 - 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
 - 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 - 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
- M**
- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
 - 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
 - 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 - 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
- N**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
 - 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
 - 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.
 - 3 Ich finde mich häßlich.
- O**
- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
 - 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
 - 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
 - 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.
- P**
- 0 Ich schlafe so gut wie früher.
 - 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
 - 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
 - 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

- Q**
- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
 - 1 Ich ermüde schneller als früher.
 - 2 Fast alles ermüdet mich.
 - 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
- R**
- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
 - 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
 - 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
 - 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
- S**
- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
 - 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
 - 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
 - 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:
 JA NEIN

- T**
- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
 - 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
 - 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
 - 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.
- U**
- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
 - 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
 - 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
 - 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.