

Diplomarbeit

**Rauchen in der Schwangerschaft mit speziellem Fokus
auf Patientinnen mit bipolarer affektiver Störung
Eine fragebogenbasierte Studie**

eingereicht von

Eva Bubik

Mat.Nr.: 0310157

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Klinik für Psychiatrie LKH Graz

unter der Anleitung von

Univ.Prof. Dr.med.univ.Dr.phil. Hans-Peter Kapfhammer

Dr. Bernd Reininghaus

Graz, am

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am

Unterschrift

Danksagungen

Ich möchte mich an dieser Stelle gerne bei meinen Diplomarbeitbetreuern, Prof. Dr. Kapfhammer und Dr. Reininghaus, dafür bedanken, dass sie mir ermöglicht haben, meine Diplomarbeit im Zuge einer Studie zu verfassen.

Weiters möchte ich Mag. Werner Fitz für die Hilfe bei der statistischen Auswertung, der Studienleiterin Dr. Eva Reininghaus und der Studienkoordinatorin Mag. Karen Hecht danken.

Ich würde mich an dieser Stelle auch gern bei meinen Freunden und Freundinnen und besonders deren Müttern bedanken, die sich bereiterklärt haben, an dieser doch recht aufwändigen Befragung teilzunehmen.

Ein großer Dank gilt meinen Eltern Karin und Michael Bubik, die mich, nicht nur was meine Ausbildung betrifft, immer unterstützt und gefördert, sondern mir auch in allen anderen Lebenslagen tatkräftig zur Seite gestanden haben.

Zusammenfassung

Hintergrund:

In mehreren Studien (Lasser, Boyd, & Woolhandler, 2000) kam man zum Ergebnis, dass psychisch kranke Menschen im Vergleich zu psychisch gesunden Menschen häufiger Raucher sind. Wie bei Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen lässt sich auch zwischen bipolaren Störungen und Rauchen ein starker Zusammenhang finden. In manchen Quellen wird der Anteil der Raucher unter Patienten mit bipolaren Störungen mit 70-80% angegeben (Post & Alshuler, 2009). Im Vergleich dazu schätzt man den Anteil der Raucher an der Allgemeinbevölkerung auf zirka ein Viertel. Andere Studien kamen zum Schluss, dass doch ein erheblicher Teil der Frauen den Nikotinkonsum während der Schwangerschaft nicht einstellt. In unserer Studie haben wir nun versucht, herauszufinden, ob Frauen mit einer bipolaren Erkrankung in der Schwangerschaft eher Nikotin konsumieren als Frauen, die davon nicht betroffen sind.

Methodik:

Wir führten zu diesem Zweck eine explorative, fragebogenbasierte Studie durch. Bis zum Zeitpunkt der ersten vorläufigen Berechnungen konnten wir insgesamt 14 Patientinnen mit Kind und 62 gesunde Kontrollpersonen für die Teilnahme an der Studie gewinnen. Zur Erfassung des Rauchverhaltens zum jetzigen Zeitpunkt und vor, während und nach der Schwangerschaft stellten wir eine Reihe von Fragen zusammen. Um Ängstlichkeit und sozialen Rückhalt in diesem Zusammenhang zu überprüfen, verwendeten wir den STAI-Fragebogen, zur Erfassung von Trait-Ängsten und den F-Sozu, einen Fragebogen zur sozialen Unterstützung.

Ergebnisse:

Aufgrund der eingeschränkten Teilnehmerzahl befand sich unter den befragten Patientinnen nur eine Frau, die in der Schwangerschaft geraucht hatte. Leider kamen wir deshalb zu keinem befriedigenden Ergebnis. Es sei an dieser Stelle aber hervorgehoben, dass es sich bei meinen Berechnungen nur um die Auswertung der ersten, präliminären Daten handelt. Es sind bereits weitere Interviews geplant, die zu der erwünschten größeren Stichprobe führen sollten, die in weiterer Folge aussagekräftige Ergebnisse ermöglichen wird.

Schlussfolgerung:

Auch wenn die ersten Berechnungen noch zu keinem konkreten Ergebnis geführt haben, halte ich es für sehr wichtig, dass die Hypothesen, die wir im Rahmen dieser Studie zum Nikotinkonsum generiert haben, weiter thematisiert und untersucht werden. Besonders die zentrale Frage, nämlich, ob bipolare Frauen in der Schwangerschaft eher rauchen als psychisch nicht betroffene Frauen, sollte bei einer größeren Stichprobe interessante Ergebnisse liefern. Sollte die Annahme bestätigt werden, hat dies eine besondere Bedeutung für die Entwicklung von Vorsorge- und Entwöhnungsprogrammen speziell für Patientinnen mit bipolaren Störungen, weil sie durch ihre Erkrankung einem größeren Risiko für Nikotinkonsum in der Schwangerschaft ausgesetzt wären.

Abstract

Background:

Various Studies (Lasser, Boyd, & Woolhandler, 2000) have come to the conclusion that there is a higher prevalence of smokers among mentally ill people compared to the mentally healthy. As it is the case with anxiety and other mental disorders, a strong correlation between bipolar disorders and smoking can be found. Some publications report on a percentage of 70 to 80 percent of smokers among bipolar patients (Post & Alshuler, 2009). Compared to this, the amount of smokers in the general population is estimated about 25 percent. Other studies came to the conclusion that a considerable amount of women does not cease smoking during pregnancy. In our studies we tried to evaluate if women, suffering from bipolar disorder, rather choose to consume nicotine during pregnancy than women who are not affected by the disorder.

Methods:

For this purpose we carried out an explorative study based on a questionnaire. We could include 14 patients (being the mother of at least one child) and 62 controls (being the mother of at least one child) in our first preliminary calculations. To detect the smoking behavior at the present time, before, during and after pregnancy we composed a set of questions. To monitor anxiety and social support in this context we made use of the STAI-questionnaire to cover anxiety as a trait and the F-Sozu questionnaire to evaluate social support.

Results:

Due to the small number of participants there was only one patient who had smoked during pregnancy. That is why our study does not show satisfying results. However I would like to point out that my calculations are preliminary and further interviews are already on the schedule. This bigger sample will surely lead to significant results.

Conclusions:

Even if the preliminary calculations have not led to concrete results, I think it is of high importance to further broach the issue of the inquiries we dealt with in the context of our studies and to intensify investigations. Especially the pivotal question namely if bipolar women rather continue to smoke in pregnancy than women that are not affected by the

illness, should lead to very interesting results in a bigger sample. Should the hypothesis be corroborated, it would have a particular impact on the development of special programs for bipolar patients that are concerned with prevention and smoking cessation as this population would be under a higher risk for nicotine consumption during pregnancy.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	iii
Zusammenfassung	iv
Abstract.....	vi
Inhaltsverzeichnis	viii
Glossar und Abkürzungen	x
Abbildungsverzeichnis	xi
Tabellenverzeichnis	xii
1 Einleitung	1
1.1 Allgemeines zu bipolaren affektiven Störungen	1
1.1.1 Definition.....	1
1.1.2 Bipolare affektive Störungen im Lauf der Geschichte	1
1.1.3 ICD-10-Kriterien	2
1.1.4 Epidemiologische Angaben	8
1.1.5 Ätiologie	9
1.1.6 Diagnostik.....	12
1.1.7 Differentialdiagnosen	13
1.1.8 Therapie	13
1.2 Rauchen und psychische Erkrankungen	14
1.2.1 Rauchen und Angsterkrankungen.....	15
1.2.2 Rauchen und bipolare Störungen.....	17
1.2.3 Rauchen und Schizophrenie	19
1.3 Physische und psychische Folgen des Nikotinkonsums	23
1.4 Frauen und Rauchen	24
1.4.1 Epidemiologische Daten zum Rauchen allgemein	24
1.4.2 Rauchen im gebärfähigen Alter	25
1.4.3 Rauchen vor der Schwangerschaft	25
1.4.4 Rauchen während der Schwangerschaft	26
1.4.5 Rauchen nach der Schwangerschaft	28
1.4.6 Rauchen in der Schwangerschaft im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen.....	29
1.4.7 Folgen von Nikotinkonsum in der Schwangerschaft.....	31
1.5 Schwangerschaft und psychische Erkrankungen.....	32
1.5.1 Depression in der Schwangerschaft.....	32
1.5.2 Angst in der Schwangerschaft	34
1.6 Postpartum und psychische Erkrankungen.....	34
1.6.1 Bipolare Störungen und Depressionen in der Postpartum-Periode	34
1.6.2 Weitere psychische Störungen in der Postpartum-Periode.....	35
2 Die Studie	37
2.1 Ziel der Studie	37
2.2 Hypothesen	37
2.3 Klinische Relevanz.....	38
3 Material und Methoden	39
3.1 Ablauf der Studie.....	39
3.1.1 SKID.....	39
3.1.2 Der Fragebogen	39
3.2 Die Teilnehmerinnen	43
3.2.1 Rekrutierung der Patientinnen	43
3.2.2 Die Kontrollgruppen.....	45

4	Ergebnisse.....	47
4.1	Soziodemographische Daten	47
4.2	Rauchstatus.....	49
4.3	Rauchen vor der Schwangerschaft	49
4.4	Rauchstatus in der Schwangerschaft	50
4.5	Erneuter Beginn nach der Schwangerschaft.....	51
4.6	Entwöhnungsbehandlung	52
4.7	Kontrolle der Nebenwirkungen der Psychopharmaka durch den Nikotinkonsum ..	52
4.8	Schaden am Kind.....	52
4.9	Soziale Unterstützung und Rauchen.....	53
4.10	Schulbildung und Rauchen.....	54
4.11	Angst und Rauchen in der Schwangerschaft	55
5	Diskussion	59
5.1	Rauchstatus.....	59
5.2	Rauchen vor, in und nach der Schwangerschaft.....	59
5.3	Soziale Unterstützung und Rauchen.....	59
5.4	Angst und Rauchen.....	60
5.5	Limitationen	61
5.6	Schlußwort.....	62
6	Literaturverzeichnis.....	63
	Anhang	68

Glossar und Abkürzungen

- ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
- DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision
- SS: Schwangerschaft
- PP: Postpartum
- BAS: Bipolare affektive Störung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema zur Zykllothymie (Lambert et al., 2009)	7
Abbildung 2: Schema zur Ausprägung der Bipolar-I-Erkrankung (Lambert et al., 2009)....	8
Abbildung 3: Schema zur Ausprägung der Bipolar-II-Erkrankung (Lambert et al., 2009) ..	8
Abbildung 4: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Lambert et al., 2009)	10
Abbildung 5: Stationäre Behandlung aufgrund bipolarer Störung und Rauchstatus zur Zeit der Geburt.	30
Abbildung 6: Höchster Ausbildungsgrad der Patientinnen (Prozentzahlen).....	48
Abbildung 7: Höchster Ausbildungsgrad der Kontrollpersonen (Prozentzahlen).....	48
Abbildung 8: Rauchen vor der SS bei bipolaren Patientinnen (absolute Zahlen).....	50
Abbildung 9: Rauchen vor der SS in der gesunden Kontrollgruppe (absolute Zahlen)	50
Abbildung 10: Rauchen in der SS unter bipolaren Patientinnen und gesunden Frauen (absolute Zahlen)	51
Abbildung 11: Höchster Ausbildungsgrad der Patientinnen, die zur Zeit rauchen	54
Abbildung 12: Höchster Ausbildungsgrad der Kontrollen, die zur Zeit rauchen.....	54
Abbildung 13: Höchster Ausbildungsgrad der Patientinnen, die zur Zeit nicht rauchen	55
Abbildung 14: Höchster Ausbildungsgrad der Kontrollen, die zur Zeit nicht rauchen.....	55
Abbildung 15: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung des stai_g in der Gruppe der Patientinnen	56
Abbildung 16: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung des stai_g in der Kontrollgruppe	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fasst die Diagnosekriterien für Bipolare affektive Störungen nach ICD-10 zusammen	7
Tabelle 2: Rauchen vor, in und nach der Schwangerschaft.....	29
Tabelle 3: Die beiden Gruppen der Studienteilnehmerinnen	47
Tabelle 4: Altersdurchschnitt der beiden Gruppen.....	47
Tabelle 5: Durchschnittliches Alter der beiden Gruppen zum Zeitpunkt der ersten Geburt	48
Tabelle 6: Rauchstatus der beiden Gruppen	49
Tabelle 7: Erneuter Konsum nach der SS bei bipolaren Patientinnen.....	51
Tabelle 8: Entwöhnungsbehandlung aufgrund der Schwangerschaft.....	52
Tabelle 9	53
Tabelle 10	53
Tabelle 11	53
Tabelle 12	53
Tabelle 13	57
Tabelle 14	57
Tabelle 15	58
Tabelle 16	58

1 Einleitung

Die Einleitung beschäftigt sich mit Allgemeinem zu bipolaren affektiven Störungen und Literatur zu Themen wie Rauchen und psychischen Erkrankungen, Frauen und Rauchen, Rauchen in der Schwangerschaft und psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt.

1.1 Allgemeines zu bipolaren affektiven Störungen

Dieser Abschnitt geht auf Ätiologie, Epidemiologie, Formen, Diagnostik und Therapie bipolarer affektiver Störungen ein.

1.1.1 Definition

Allgemein spricht man von bipolaren Störungen, wenn im Verlauf neben depressiven Episoden auch manische oder hypomanische Episoden vorkommen oder seltener, wenn nur manische Episoden auftreten. (Lenz & Küfferle, 2008)

1.1.2 Bipolare affektive Störungen im Lauf der Geschichte

Die ersten Beschreibungen eines depressiven Zustandsbildes wurden schon auf einem Papyrus aus Ägypten gefunden. Später finden sich in der hippokratischen Krankheitslehre die Begriffe Manie, Melancholie, Phrenitis, Epilepsie und Hysterie, wobei sie nicht dieselbe Bedeutung hatten wie heutzutage. Die Manie bei Hippokrates ist eher gleichzusetzen mit akut erregten Psychoseformen, im Gegensatz zu Melancholie, die die ruhige und chronische Form beschreibt.

Mitte des 19. Jahrhunderts kam es durch Baillarger und Falret zur Entwicklung des Begriffes „folie circulaire“ und somit zum Verständnis der Beziehung von Manie und Depression zueinander. Kraepelin unterschied 1896 zwischen „Dementia praecox“ und „manisch-depressivem Irresein“. Auf diese Einteilung geht das heutige Konzept affektiver Störungen zurück. Das „manisch-depressive Irresein“ beinhaltete alle manischen und melancholischen Zustandsbilder als Einzelepisoden sowie auch rezidivierende Verläufe

davon. Zusätzlich umfasste der Begriff auch andere wiederkehrende oder chronische affektive Störungen.

Später unterschieden die skandinavische Psychiatrie und auch der deutsche Psychiater Leonhard zwischen bipolaren und unipolaren Verstimmungsstörungen- eine Unterteilung, die heute noch in modernen Diagnosesystemen zu finden ist. (Lenz & Küfferle, 2008)

1.1.3 ICD-10-Kriterien

Bipolare affektive Störungen weisen Symptome auf, die typisch für Manie (oder Hypomanie) bzw. Depressionen sind, deshalb werden hier zunächst die Diagnosekriterien für diese Störungen angeführt.

1.1.3.1 Manische Episoden (F30)

Hierbei unterscheidet man Hypomanie (F30.0), Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) und Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2). Sie alle sind von einer Steigerung der körperlichen und psychischen Aktivität geprägt.

- **Hypomanie:** Darunter versteht man eine leichtere Ausprägung der Manie. Zumindest einige Tage hintereinander herrscht eine anhaltende leicht gehobene Stimmung, Antriebs- und Aktivitätssteigerung und körperliche und seelische Leistungsfähigkeit. Die Patienten sind übermäßig gesellig, vertraulich und gesprächig. Sie haben ein vermindertes Schlafbedürfnis, welches aber nicht so ausgeprägt ist, dass es dem Patienten beruflich oder sozial Probleme bereitet. Es kommt manchmal zur Reizbarkeit und Beeinträchtigung von Konzentration und Aufmerksamkeit.
- **Manie:** Hier herrscht zumeist eine extrem gehobene Stimmung, die situationsinadäquat und mit Antriebssteigerung verbunden ist. Diese äußert sich in Rededrang, Hyperaktivität und vermindertem Schlafbedürfnis. Durch die Verminderung der Aufmerksamkeit ist der Patient leicht ablenkbar. Es liegen oft Selbstüberschätzung und Größenideen vor. Weiters werden oft unüberlegt

unrealistische Projekte begonnen oder viel Geld ausgegeben. Die Stimmung kann manchmal auch gereizt und misstrauisch sein. Wichtig für die Diagnostik ist, dass eine manische Episode mindestens eine Woche anhalten und die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit beeinträchtigen muss, um als solche diagnostiziert werden zu können.

- Manie mit psychotischen Symptomen: Dies wird diagnostiziert, wenn sich zusätzlich zur Manie zum Beispiel ein Verfolgungswahn entwickelt. In schweren Fällen kann es zu Abstammungswahn oder religiösen Wahnvorstellungen kommen. (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2009)

1.1.3.2 Depressive Episoden (F32)

Typische Charakteristika so einer Episode sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsverminderung, oft verbunden mit erhöhter Ermüdbarkeit und Einschränkung der Aktivität der betroffenen Personen. Häufig finden sich auch Konzentrations- und Aufmerksamkeitsverminderung, sowie Verminderung des Selbstvertrauens und Selbstwertgefühles, Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit, negative Erwartungen die Zukunft betreffend, Suizidgedanken oder –handlungen, Schlafstörung und Appetitverminderung. Das zeitliche Kriterium für die Diagnose ist eine Dauer von mindestens zwei Wochen, es sei denn die Symptome sind ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten (hier wird eine Episode auch von kürzerer Dauer als eine depressive eingestuft).

Man unterscheidet hierbei die leichte depressive Episode (F32.0), die mittelgradige depressive Episode (F32.1), die schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3), sonstige depressive Episoden (F32.8) und nicht näher bezeichnete depressive Episode (F32.9).

- Leichte depressive Episode: Um diese zu diagnostizieren, müssen mindestens zwei der Symptome depressive Stimmung, Verlust von Interesse oder Freude und erhöhte Ermüdbarkeit vorhanden sein und zusätzlich mindestens zwei der anderen oben erwähnten, für eine Depression typischen Symptome. Diese müssen über

mindestens zwei Wochen anhalten. Es gibt in diesem Fall Schwierigkeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten, sie müssen aber nicht gänzlich aufgegeben werden.

- Mittelgradige depressive Episode: Es müssen in diesem Fall mindestens zwei der drei erstgenannten Symptome und mindestens drei der restlichen über mindestens zwei Wochen bestehen, um zu dieser Diagnose zu gelangen.
- Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome: Für diese Diagnose müssen alle drei depressions-typischen Symptome und mindestens vier der anderen Gruppe über wieder mindestens zwei Wochen bestehen. Das somatische Syndrom ist fast immer vorhanden und die alltäglichen Aufgaben können kaum gemeistert werden.
- Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen.
(Dilling, Mombour, & Schmidt, 2009)

Im folgenden Absatz möchte ich nun auf die Kriterien der ICD-10 für die bipolare affektive Störung eingehen.

1.1.3.3 Bipolare affektive Störung (F31)

Sie wird so definiert, dass mindestens zwei Episoden aufgetreten sind, in denen eine Störung des Stimmungs- und Aktivitätsniveaus aufgetreten ist. Diese Episoden können auf der einen Seite von vermehrtem Antrieb, gehobener Stimmung und Aktivität geprägt sein, auf der anderen Seite kann es zu Episoden kommen, in denen verminderter Antrieb und Aktivität mit Stimmungssenkung einhergehen. In beiden Fällen geht häufig ein belastendes Lebensereignis oder ein psychisches Trauma voraus.

Bei bipolaren affektiven Störungen wird unterschieden zwischen bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig hypomanische Episode (F31.0), bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome (F31.1), bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen (F31.2), bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode (F31.3), bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F31.4), bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F31.5), bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig

gemischte Episode (F31.6), bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig remittiert (F31.7), sonstigen bipolaren affektiven Störungen (F31.8) und nicht näher bezeichneten bipolaren affektiven Störungen (F31.9). Tabelle 1 führt die Diagnosekriterien an.

Diagnose	Kriterien
F31.0: BAS, gegenwärtig hypomanische Episode	<ul style="list-style-type: none"> • gegenwärtige Episode muss die Kriterien einer Hypomanie erfüllen • weitere affektive Episode in der Anamnese
F31.1: BAS, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • zur Zeit Manie ohne psychotische Symptome • mindestens eine weitere affektive Episode in der Anamnese
F31.2: BAS, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	<ul style="list-style-type: none"> • derzeit Manie mit psychotischen Symptomen • zuvor mindestens eine affektive Episode
F31.3: BAS, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	<ul style="list-style-type: none"> • gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode • zuvor mindestens eine hypomanische, manische oder gemischte Episode
F31.4: BAS, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • zur Zeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome • anamnestisch mindestens eine hypomanische, manische oder gemischte Episode

<p>F31.5: BAS, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kriterien wie unter F31.4 • jedoch derzeit eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
<p>F31.6: BAS, gegenwärtig gemischte Episode</p>	<ul style="list-style-type: none"> • gegenwärtig entweder eine Mischung oder ein rascher Wechsel von manischen, hypomanischen und depressiven Symptomen
<p>F31.7: BAS, gegenwärtig remittiert</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient leidet zur Zeit nicht und hat in den letzten Monaten auch nicht an einer affektiven Störung gelitten • ABER: bipolare affektive Störung in der Vergangenheit
<p>F31.8: sonstige bipolare affektive Störungen</p>	<p>beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Bipolar-II-Störung (sich abwechselnde depressive und hypomanische Episoden- das Vorkommen von manischen Episoden muss sowohl in der Vergangenheit als auch zur Zeit der Diagnose ausgeschlossen sein) • die bipolare Störung mit schnellem Phasenwechsel und- „Rapid Cycling“ • rezidivierende manische Episoden
<p>F31.9: nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störungen</p>	

F34.0: Zykllothymie	<ul style="list-style-type: none"> • Stimmungsinstabilität mit mehreren Perioden von Depression und Hypomanie über mindestens 2 Jahre • Depressive und manische Stimmungsschwankungen sind nie so schwer oder langanhaltend wie manische, mittelgradige oder schwere depressive Episoden
----------------------------	--

Tabelle 1: Fasst die Diagnosekriterien für Bipolare affektive Störungen nach ICD-10 zusammen

In den ICD-10 wird die Zykllothymie nicht wie in den DSM-IV-TR zu den bipolaren affektiven Störungen sondern zu den anhaltenden affektiven Störungen gezählt. Sie zeichnet sich aus durch eine chronische Instabilität der Stimmung, wobei sich mehrere Phasen leichter Depression und leicht gehobener Stimmung abwechseln. Im Unterschied zu bipolaren affektiven Störungen kommt es hier nie zu schweren depressiven oder manischen Episoden (siehe Abbildung 1). (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2009)

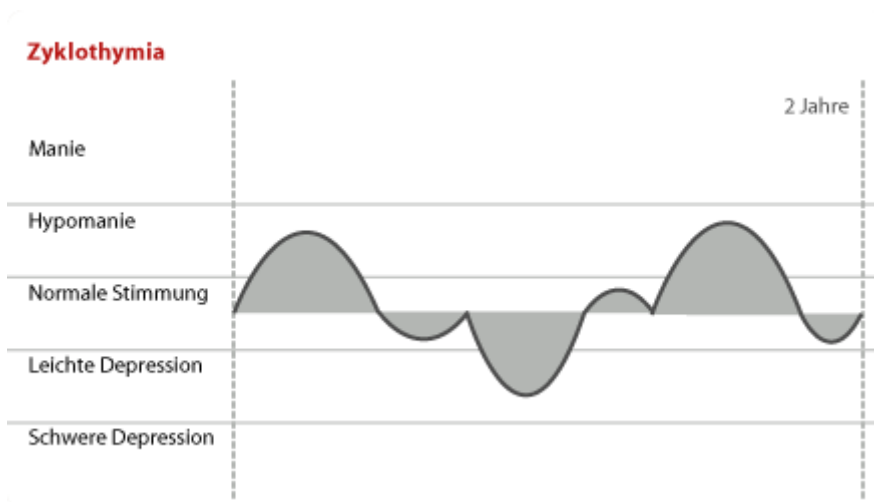


Abbildung 1: Schema zur Zykllothymie (Lambert et al., 2009)

Abbildung 2 und Abbildung 3 sollen einen kurzen, verständlichen Überblick über die klinische Präsentation der Bipolar-I- und Bipolar-II-Störung geben. Die Bipolar-I-Erkrankung ist geprägt durch Phasen von Manie, die sich mit Phasen leichter oder

schwerer Depression abwechseln. Im Gegensatz dazu schließt die Diagnose einer Bipolar-II-Erkrankung das Vorkommen einer manischen Episode aus. Es wechseln sich ausschließlich hypomanische Phasen mit Phasen von leichter bzw. schwerer Depression ab.

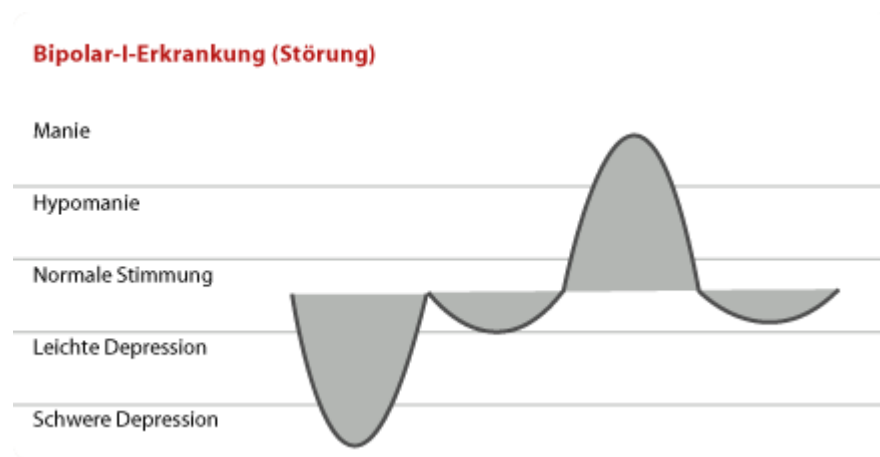


Abbildung 2: Schema zur Ausprägung der Bipolar-I-Erkrankung (Lambert et al., 2009)

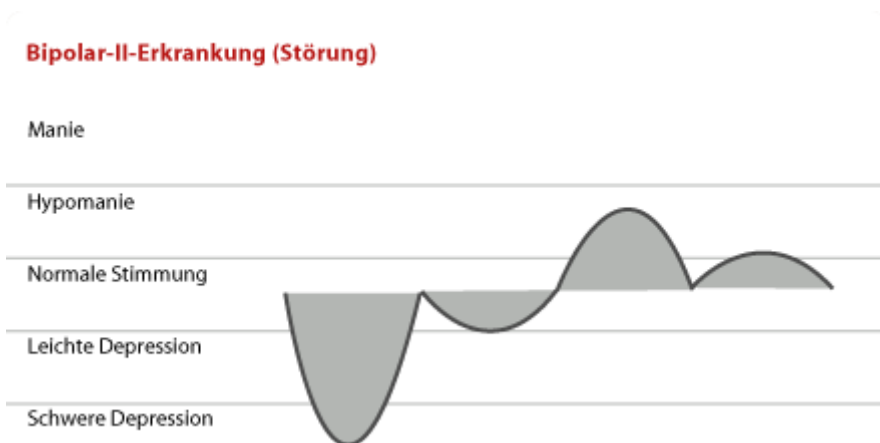


Abbildung 3: Schema zur Ausprägung der Bipolar-II-Erkrankung (Lambert et al., 2009)

1.1.4 Epidemiologische Angaben

Die Lebenszeitprävalenz der Bipolar-I-Störung (depressive und manische Episoden wechseln sich zirkulär ab) liegt bei 0,3-1,5%, jene der Bipolar-II-Störung bei 5,5% und jene für Zyklothymia bei 0,4-1,0%. Bezogen auf die Häufigkeiten bestehen keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Verglichen mit unipolaren depressiven Episoden wird die Erstmanifestation der Erkrankung bei bipolaren affektiven Störungen zu einem früheren Zeitpunkt beobachtet. Das Alter dafür liegt im Mittel bei 25-30 Jahren. Außerdem weisen bipolare Patienten häufigere Krankheitsepisoden auf als Patienten, die

an einer unipolaren Depression leiden. Das Suizidrisiko für Menschen mit bipolarer Störung, die stationär behandelt werden müssen, beträgt bis zu 30% und ist ebenfalls deutlich höher als für rein an einer Depression Erkrankte. Dasselbe trifft zu für die Wahrscheinlichkeit, als bipolarer Patient von Komorbiditäten wie Alkohol- und Substanzabhängigkeit betroffen zu sein. (Rothenhäusler & Täschner, 2007)

1.1.5 Ätiologie

Die Entstehung affektiver Erkrankungen wird heutzutage durch ein Vulnerabilitäts-Stress-Konzept erklärt und vor allem Depressionen scheinen von multifaktorieller Genese zu sein.

1.1.5.1. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Dieses kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Modell versucht die Faktoren herauszuheben, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung von bipolaren Störungen von Bedeutung sind. Es wird dabei auf das Zusammenspiel verschiedener Vulnerabilitäten (oder Prädispositionen) des Individuums und Belastungen, die im Laufe des Lebens auftreten, hingewiesen. Diese Faktoren und ihre „aufrechterhaltenden Bedingungen“ (Dauerbelastungen, ungünstiger Umgang mit der Erkrankung) können das Auftreten der Erkrankung begünstigen. Das ursprüngliche Konzept dafür stammt von Zubin und Spring aus dem Jahr 1977. (Zubin & Spring, 1977)

Abbildung 4 bietet einen schematischen Überblick über das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Der Punkt **a** zeigt, dass ein Mensch mit geringer Vulnerabilität erst erkrankt, wenn er vermehrt intensivem Stress ausgesetzt ist. Punkt **b** markiert das niedrige Stressniveau bei dem Menschen mit hoher Vulnerabilität schon erkranken können und Punkt **c** macht deutlich, dass sei die Vulnerabilität nun stärker oder weniger stark ausgeprägt, ein Mensch, auf den viele protektive Faktoren einwirken bis zum Ausbruch der Erkrankung größeren Stress ertragen kann. (Lambert et al., 2009)

Die neurobiologische Betrachtungsweise der affektiven Erkrankungen zeigt eine Dysbalance verschiedener Neurotransmitter (Noradrenalin, Serotonin) kombiniert mit Veränderungen der Dichte und Empfindlichkeit von Rezeptoren. Neuere Untersuchungen zeigen auch „Veränderungen des dopaminergen und glutamatergen Systems sowie der GABAergen Funktion und von Neuropeptiden“. Depressive Menschen mit psychomotorischer Hemmung weisen einen verminderten Dopaminumsatz auf. Im Gegensatz dazu ist der Katecholaminstoffwechsel (Dopamin und Noradrenalin) bei manischen Patienten gesteigert.

Neuroendokrinologisch lässt sich bei Depressiven häufig ein Hyperkortisolismus und bei ca. 50% ein pathologischer Dexamethason-Suppressionstest nachweisen. Bei Männern scheint die Häufigkeit einer depressiven Erkrankung mit dem Abfall der Testosteronkonzentration zuzunehmen. Die Neurotrophin-Hypothese zieht einen Mangel an neurotrophen Faktoren in Erwägung, der zusammen mit anderen Faktoren zu einer Schädigung hippocampaler Neurone führen könnte.

Hirnmorphologisch sind bei bipolaren Patienten die Amygdala vergrößert und die Signalhyperintensitäten vermehrt. In der funktionellen Bildgebung ist eine Netzwerk-Balancestörung mit Hypo- und Hyperaktivierungen verschiedener Hirnregionen erkennbar, welche sich nach erfolgreicher Therapie wieder zu normalisieren scheint.

Bei den organisch bedingten affektiven Störungen sind somatische Erkrankungen und Pharmaka Auslöser von Manien und Depressionen. (Möller, Laux, Deister, 2005)
Im Fall der Manie können das zum Beispiel Hyperthyreose, Mb.Cushing, SLE, Chorea Huntington, Schädel-Hirn-Trauma und viele weitere Erkrankungen sein. Für depressive Zustandsbilder können Hypothyreose, Mb.Addison, Herz-Kreislaufkrankungen und andere Ursache sein. (Rothenhäusler & Täschner, 2007)

1.1.5.1.2 Psychosoziale Vulnerabilitäten

Es kann dazu kommen, dass Menschen im Laufe ihres Lebens Einflüssen ausgesetzt sind oder bestimmte Erfahrungen machen, die seelische Unsicherheiten und Ungleichgewicht begünstigen. So kann es auch sein, dass wichtige Methoden zur Bewältigung von

Lebensaufgaben nicht erlernt werden und anstelle dieser dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster treten. (Wagner & Bräunig, 2004)

1.1.5.1.3 Stress

Kritische Lebensereignisse und Stressreaktionen können Einfluss auf das Auftreten einer Depression haben. Depressive Patienten haben häufig (aber keines Falls immer) vor Ausbruch der Erkrankung belastende oder negative Ereignisse durchlebt. Chronische Überlastung kann zu Rückzug mit „Erschöpfung, gelernter Hilflosigkeit und Selbstaufgabe“ führen. Auch Konflikte mit dem Partner oder Traumatisierungen können zum Ausbruch der Erkrankung führen. Akute Traumata führen eher zu einer unspezifischen Stressreaktion. (Möller, Laux, & Deister, 2005)

Man differenziert alltägliche Langzeitbelastungen und aktuelle Belastungen, die von begrenzter Dauer sind. Erstgenannte können, obwohl sie oft als normal angesehen werden, trotzdem sehr energieraubend sein, während Letzte eher emotional belastend sind. Situationsgebundene Stressoren lösen Stressreaktionen aus, die nach Kaluza (1996) auftreten, wenn innere oder äußere Anforderungen *„die Anpassungsfähigkeit und Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen beanspruchen, übersteigen oder für diesen eine Bedrohung darstellen“*. (Wagner & Bräunig, 2004)

1.1.6 Diagnostik

Zur Diagnostik einer gegenwärtig depressiven Episode erweisen sich neben Anamneseerhebung und Erhebung des psychopathologischen Befundes Screening-Instrumente wie der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden als hilfreich. Zusätzlich sollten sowohl eine internistische als auch eine neurologische Untersuchung durchgeführt, Laborparameter (unter anderem die Schilddrüsenwerte) kontrolliert und Ableitungen mittels EEG und EKG vorgenommen werden. Mögliche Zusatzuntersuchungen wären zum Beispiel CCT, MRT oder etwa ein Dexamethason-Test. Wichtig ist immer der Ausschluss organischer Ursachen der Erkrankung.

Zur Erhebung des Schweregrades und des Verlaufs dienen standardisierte Beurteilungsskalen wie die Hamilton-Depressionsskala.

Ebenso wie bei der Diagnostik der depressiven Episode sind bei der Diagnosefindung der gegenwertig manischen Episode der psychopathologische Befund und die Eigen- und Fremdanamnese ausschlaggebend. Auch hier ist es wichtig, organische Ursachen (pharmakogen oder somatogen) für die Manie auszuschließen. (Möller, Laux, & Deister, 2005)

1.1.7 Differentialdiagnosen

Differentialdiagnostisch müssen in Bezug auf die Depression somatogene oder pharmakogene Depressionen ausgeschlossen werden. Die depressive Pseudodemenz im Rahmen einer Altersdepression ist oft schwierig von einer Demenz im Anfangsstadium abzugrenzen. Sind zusätzlich psychotische Symptome vorhanden, muss man auch an die Möglichkeit einer schizoaffektiven oder schizophrenen Psychose denken. Weitere Differentialdiagnosen sind Angst-, Anpassungs- und Belastungsstörungen.

Die manische Episode muss von möglichen manischen Syndromen im Rahmen einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Psychose abgegrenzt werden. Die hyperthyme Persönlichkeitsstörung kann sich klinisch auch ähnlich darstellen. (Möller, Laux, & Deister, 2005)

1.1.8 Therapie

Bei der Behandlung einer depressiven Episode im Zuge einer bipolaren Störung ist im Gegensatz zu einer unipolaren Erkrankung besonders auf das Switch- bzw. Rapid-Cycling-Risiko bei Behandlung mit Antidepressiva zu achten. „Switch“ bedeutet in diesem Zusammenhang das Umschlagen einer depressiven Episode in eine manische aufgrund der antidepressiven Medikation. Trizyklische Antidepressiva weisen ein höheres Risiko dafür auf als zum Beispiel SSRIs.

Kommen zusätzlich psychotische Symptome vor, werden atypische Antipsychotika eingesetzt.

Die depressive Episode im Rahmen einer Bipolar-II-Störung wird akut mit Quetiapin, Lamotrigin oder Lithium behandelt.

Im Fall der klassischen oder euphorischen Manie wird bevorzugt Lithium eingesetzt, während bei der gereizten oder dysphorischen Manie, bei Rapid-Cycling und bei

gemischten Episoden atypische Antipsychotika und Valproinsäure empfohlen werden. Treten psychotische Symptome auf, sollte der Stimmungsstabilisierer mit einem Atypikum kombiniert werden.

Es ist wichtig, eine Erhaltungstherapie über mindestens sechs Monate beizubehalten. Nach Auftreten einer manischen Phase sollte man eine mehrjährige Rezidivprophylaxe erwägen. Erste Wahl für die Rezidivprophylaxe sind Lithium, Valproinsäure, Olanzapin und Lamotrigin. Sollte die stimmungsstabilisierende Wirkung nicht ausreichen, kann man einen Therapieversuch mit Carbamazepin oder den Kombinationen von Lithium und Valproinsäure, Lithium und Carbamazepin, Lithium und Olanzapin, Valproinsäure und Olanzapin, Olanzapin und Fluoxetin oder Lithium und Lamotrigin beginnen. Neben der medikamentösen Therapie hat auch die Psychotherapie einen wichtigen Stellenwert in der Behandlung der bipolaren Störungen. Psychoedukation, kognitiv-verhaltenstherapeutische und familienorientierte Ansätze kommen dabei zum Einsatz. (Rothenhäusler & Täschner, 2007)

Im nächsten Kapitel wird das Thema Rauchen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen besprochen.

1.2 Rauchen und psychische Erkrankungen

Studien haben nachgewiesen, dass die Zahl an Rauchern unter Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich erhöht ist- man geht davon aus, dass sie doppelt so häufig betroffen sind, als Menschen ohne psychiatrische Diagnose. Es wird geschätzt, dass um die Hälfte aller Zigaretten in den USA von Menschen geraucht werden, bei denen im letzten Monat eine psychiatrische Diagnose gestellt werden konnte. (Lasser, Boyd, & Woolhandler, 2000)

Um die 40% der Menschen, die im Monat zuvor unter einer psychiatrischen Erkrankung litten, waren laut einer Studie von Lasser et al. Raucher. Auch Personen mit einer psychiatrischen Erkrankung in der Vergangenheit sind häufiger Raucher und die Wahrscheinlichkeit bei dieser Gruppe ist hoch, sowohl derzeit als auch Langzeit-Raucher zu sein. Weiter sind Personen mit mehreren psychiatrischen Diagnosen nicht nur häufiger vom Rauchen betroffen- sie sind auch eher stärkere Raucher als Menschen mit nur einer psychiatrischen Diagnose. Nur 10% der Leute, die keine solche Diagnose haben, sind starke Raucher. Auch hören Menschen, die eine psychiatrische Erkrankung hatten oder im

Monat vor der Erhebung unter einer litten seltener auf zu rauchen als solche, die davon nicht betroffen sind. (Lasser, Boyd, & Woolhandler, 2000)

1.2.1 Rauchen und Angsterkrankungen

Wie schon erwähnt, hat man den Zusammenhang von Rauchen und psychiatrischen Störungen untersucht und herausgefunden, dass die Zahl der Raucher unter psychiatrischen Patienten erhöht ist, das gilt auch für Angststörungen.

1.2.1.1 Allgemeines zu Angsterkrankungen

Angsterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und ihre Lebenszeitprävalenz beträgt 21%, wobei Frauen davon etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Zu den Angststörungen zählt man spezifische und isolierte Phobien, soziale Phobie, generalisierte Angststörung, Agoraphobie und Panikstörung. Die Ätiopathogenese der Angsterkrankungen besteht aus biologischen und psychosozialen Faktoren (wie Verlusterlebnissen, traumatisierenden Ereignissen, Lernen am Modell der Eltern und Persönlichkeitszügen). Während chronische Verläufe bei Angststörungen des Öfteren vorkommen, ist bekannt, dass sich psychiatrische Komorbiditäten, wie depressive Störungen und Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit negativ auf die Prognose auswirken. (Rothenhäusler & Täschner, 2007)

1.2.1.2 Rauchen und Angst

Im Zusammenhang mit Nikotinkonsum fand man heraus, dass Menschen, die täglich rauchen und dieses Verhalten weiterführen ein wesentlich größeres Risiko haben, zum ersten Mal eine Panikattacke zu erleiden, als Menschen, die aufhören zu rauchen. Auch die Wahrscheinlichkeit für einen chronischen Raucher, an einer Angststörung zu erkranken ist höher, als für einen Nichtraucher. Personen, die den Nikotinkonsum einstellen, haben ein viel niedrigeres Risiko. Umgekehrt, fand man keine Hinweise darauf, dass Angststörungen Auslöser für täglichen Nikotinkonsum sein könnten. (Breslau & Klein, 1999)

1.2.1.3 Lungenerkrankungen und Angst

Das Auftreten von chronischen Lungenerkrankungen bildet einen weiteren Zusammenhang zwischen Rauchen und Angststörungen. Die Prävalenz der Panikattacken ist bei Rauchern, die zusätzlich an einer Lungenkrankheit leiden, eindeutig erhöht. Jedoch auch Nichtraucher, die lungenkrank sind, haben ein erhöhtes Risiko. (Castles, Adams, Melvin, Kelsch, & Boulton, 1999)

Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass die eingeschränkte Atemfunktion bedingt durch die Lungenerkrankung für den Patienten eine Erstickungssituation simuliert und so eine Panikattacke ausgelöst wird. (Isensee, Wittchen, & Stein, 2003)

1.2.1.4 Rauchverhalten bei Panikstörungen

Eine interessante österreichische Arbeit von Amering et. al. beschäftigt sich mit diesem Thema. Die Autoren untersuchten unter anderem Veränderungen des Rauchverhaltens bei Patienten mit Panikstörungen. Von den 102 untersuchten Patienten waren 82% zur Zeit der Untersuchung Raucher oder solche, die in ihrer Vergangenheit geraucht haben. Unter all jenen rauchten 73% mehr als ein Päckchen pro Tag. Patienten, die Raucher waren, als ihre Panikstörung begonnen hat, waren viel jünger als Nichtraucher zu Erkrankungsbeginn. In der untersuchten Gruppe fing kein Einziger nach Eintritt der Panikstörung an zu rauchen. (Amering, Bankier, Berger, Griengl, Windhaber, & Katschnig, 1999)

78% der Personen, die zu Beginn ihrer Erkrankung Raucher waren, wurden durch diese in ihrem Rauchverhalten beeinflusst- knapp 20% forcierten, 55% reduzierten den Konsum und 26% hörten ganz mit dem Rauchen auf. Nur 25% scheinen im Hinblick auf die Symptome der Panikstörung von dieser Entscheidung profitiert zu haben. Die Vorteile für die generelle Gesundheitslage und vor allem für die kardiovaskuläre Situation des Patienten sind aber in jedem Fall gegeben. (Amering, Bankier, Berger, Griengl, Windhaber, & Katschnig, 1999)

Die Substanz Nikotin führt nämlich zur Ausschüttung von Noradrenalin und Adrenalin, die Herzfrequenz und Blutdruck in die Höhe treiben und so vom Körper fälschlich als Gefahrenzeichen interpretiert werden können. Auf diesem Weg ist es möglich, dass kardiovaskuläre Veränderungen Panikattacken auslösen. (Isensee, Wittchen, & Stein, 2003)

1.2.2 Rauchen und bipolare Störungen

Wie bei Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen lässt sich auch zwischen bipolaren Störungen und Rauchen ein starker Zusammenhang finden. In manchen Quellen wird der Prozentsatz der Raucher unter Patienten mit bipolaren Störungen mit 70-80% angegeben. (Post & Alshuler, 2009)

Genau wie in der restlichen Population, die regelmäßig Nikotin konsumiert, sind auch Raucher, die unter einer bipolaren Störung leiden, mit größerer Wahrscheinlichkeit männlich, haben einen geringeren Bildungsstand und erhalten weniger Einkommen. (Waxmonsky, Thomas, & Miklowitz, 2005)

Patienten, die jemals geraucht haben, scheinen früher ihre erste depressive oder manische Episode erlitten zu haben. Sie haben weiters niedrigere GAF-Werte (Global Assessment of Functioning) und höhere CGI-BP (Clinical Global Impression scale for use in Bipolar Illness)-Werte.

GAF und CGI-BP sind Beurteilungsskalen, die zur Evaluierung der Schwere der Erkrankung beitragen sollen. GAF ermittelt hierbei den Grad, wie gut der Befragte mit sozialen, beruflichen und psychologischen Anforderungen zu Recht kommt. (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976)

CGI-BP bezeichnet den modifizierte Global Impression Scale für Patienten mit bipolaren Störungen. Diese Skala dient zur Abschätzung von Schwere und Veränderung der Erkrankung von Patienten mit bipolaren Störungen. (Spearing, Post, Leverich, Brandt, & Nolen, 1997)

Auch die Ausprägung der Klinik der Erkrankung wird mit Rauchen in Verbindung gebracht. So berichten Waxmonsky et al., dass Patienten, die sich zur Zeit in einer gemischten Episode ihrer Erkrankung befanden, 2,4 mal häufiger Raucher waren als momentan symptomfreie Patienten. Patienten mit Rapid cycling innerhalb des letzten Jahres und jene, die einen Suizidversuch hinter sich hatten, waren viel wahrscheinlicher Raucher. Dasselbe traf auf Patienten zu, die angaben, dass ihre manischen oder depressiven Episoden „unzählig“ waren. Auch die Summe der manischen und depressiven Symptome der Raucher war größer als die der Nichtraucher. (Waxmonsky, Thomas, & Miklowitz, 2005)

In dieser Studie wird noch auf die gleichzeitig zur bipolaren Störung auftretenden psychotischen Symptome eingegangen. Patienten, bei denen diese Symptome auftraten, waren 1,5 mal häufiger Raucher als Nichtraucher. Die Häufigkeit war auch unter Patienten

größer, die ein atypisches Antipsychotikum verschrieben bekommen hatten. (Waxmonsky, Thomas, & Miklowitz, 2005)

Patienten mit der Diagnose einer bipolaren Störung, die jemals geraucht haben, sind häufiger von Komorbiditäten wie Angststörungen, Alkoholabhängigkeit, Alkoholabusus, Substanzabhängigkeit oder- abus und dem Auftreten eines Suizidversuchs betroffen. Im Zusammenhang mit der Suizidalität scheint es einen „Faktor unabhängig von der Stimmung“ zu geben, möglicherweise in Assoziation mit Impulsivität oder Aggression, der bei Rauchern häufiger zu finden ist. (Ostacher, Nierenberg, & Perlis, 2006)

1.2.2.1 Rauchentwöhnung bei Patienten mit bipolaren Störungen

1.2.2.1.1 Medikamentöse Therapie

Eine Substanz, die zur Raucherentwöhnung eingesetzt wird, ist Bupropion. Als kombinierter Noradrenalin- und Dopaminrückaufnahmehemmer kann es zur Behandlung von Depression und im Zuge einer depressiven Episode einer bipolaren Störung eingesetzt werden und eignet sich daher ausgezeichnet zur Rauchentwöhnung bei genau davon betroffenen Patienten. Eingesetzt wird Bupropion noch während des Rauchens, wobei dieses dann ab der zweiten Behandlungswoche eingestellt werden sollte. (Post & Alshuler, 2009) (Benkert, 2009)

Vareniclin, ein partieller Agonist am nikotinergen Acetylcholinrezeptor, ist zwar hochwirksam, sollte bei bipolaren Patienten aber aufgrund des möglichen Auftretens von stärkeren Stimmungsschwankungen nicht eingesetzt werden. (Benkert, 2009)

1.2.2.1.2 Beratung durch den Arzt

Die hohe Wahrscheinlichkeit für Patienten mit bipolaren Störungen, Raucher zu sein, und dadurch das erhöhte Risiko, bedrohliche Folgeerkrankungen zu entwickeln, machen deutlich, wie wichtig gerade für diese Patienten eine adäquate Unterstützung durch den Arzt, spezieller den Psychiater, wäre, im Vorhaben, das Rauchen aufzugeben. Seth Himelhoch und seine Kollegen haben sich im Zuge ihrer Forschung deshalb der Frage gewidmet, in wieweit eine Beratung zur Rauchentwöhnung durch den niedergelassenen Psychiater erfolgt. Um dies herauszufinden, wurden Daten der „National Ambulatory Medical Care Survey“ (einer Umfrage des National Center for Health Statistics der

Vereinigten Staaten) herangezogen, die im Zeitraum von 1992-1996 erhoben wurden. Unter den 6 400 Praxisbesuchen, die für die Studie verwendet wurden (inkludiert sind auch mehrmalige Besuche desselben Patienten), wurde bei 1 610 festgehalten, dass der Patient Raucher sei. Bei 12,4% (N=200) dieser Fälle boten die Psychiater eine Entwöhnungsberatung an. Patienten, die über 50 Jahre alt waren, an Fettleibigkeit, Hypertension oder Diabetes mellitus erkrankt waren, aus einer ländlichen Gegend stammten oder zum ersten Mal die Praxis aufsuchten, erhielten mit viel höherer Wahrscheinlichkeit dieses Angebot. Verglichen mit Patienten, die an einer Depression erkrankt waren, erhielten Patienten mit bipolarer affektiver Störung häufiger das Beratungsangebot. Weiter wurde in keinem einzigen Fall der Nikotinkaugummi oder das transdermale Nikotinpflaster verschrieben. Auch die Diagnose der Nikotinabhängigkeit wurde nicht gestellt, was sich der Autor dieser Studie so erklärt, dass die Ärzte die Rauchgewohnheiten ihrer Patienten nicht als psychische Störung sondern eher als gesundheitsschädigendes Verhalten gesehen hätten, bezüglich dessen sie sie beraten würden. (Himmelhoch & Daumit, 2003)

1.2.3 Rauchen und Schizophrenie

Etliche Studien haben sich mit dem Zusammenhang zwischen Rauchen und Schizophrenie beschäftigt und es wird immer wieder festgestellt, dass unter den untersuchten Probanden, die unter psychischen Störungen leiden, Schizophreniepatienten die höchsten Raucherzahlen aufweisen. (Hughes, Hatsukami, & Mitchell, 1986)

1.2.3.1 Raucherzahlen

Die genaue Zahl der Raucher unter den Schizophreniepatienten schwankt natürlich von Studie zu Studie (Martin, Allan, Flemming, & Atkinson, 2008) (Goff, Henderson, & Amico, 1992) (Pathkar, Gopalakrishnan, Lundy, Leone, Certa, & Weinstein, 2002) jedoch ist sie immer weit über der des Anteils in der restlichen Bevölkerung.

Im Falle einer Studie von Kelly et. al. waren unter den 168 Schizophreniepatienten 58% (also 78 Patienten) Raucher. An dieser Arbeit interessant ist das Ergebnis, dass nur bei Frauen eine positive Korrelation ($r=0.47$) zwischen Beginn des Nikotinkonsums und dem Zeitpunkt des „Krankheitsausbruchs“ aufgezeigt wird. Bei Männern konnte dieser Zusammenhang nicht erhoben werden. (Kelly & McCreadie, 1999)

1.2.3.2 Korrelationen

In einer Studie von Goff et al., bei der der Raucheranteil unter den Patienten 74% war, fanden sich unter den Rauchern deutlich mehr Männer. Auch waren die Raucher sowohl zur Zeit der Erhebung als auch zur Zeit des Krankheitsbeginns jünger und hatten in der Vergangenheit häufiger Krankenhausaufenthalte. In der Dosierung der Antipsychotika gab es signifikante Unterschiede zwischen Rauchern und Nicht-Rauchern. Während Letztere durchschnittlich nur 542 mg/d Chlorpromazine erhielten, erhielten Raucher im Durchschnitt 1160mg/d.

Weiters fand man bei den Patienten, die Nikotin konsumierten, seltener parkinsonoide Symptome. Diese erreichten beim BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale- einem in der Studie verwendeten Fremdbeurteilungsverfahren basierend auf einem 20-minütigen psychiatrischen Interview) auch höhere Punktezahlen. (Goff, Henderson, & Amico, 1992) (Overall & Gorham, 1962)

Neben anderen Autoren verzeichneten auch Pathkar et al., dass schizophrene Patienten, die zur Zeit der Erhebung rauchten, häufig eine länger andauernde Krankengeschichte und eine größere Zahl an Krankenhausaufenthalten aufwiesen. Zusätzlich berichteten diese auch häufiger davon, in den vergangenen 30 Tagen öfters von Alkohol Gebrauch gemacht zu haben. Im Zuge dieser Erhebung wurden keine Zusammenhänge zwischen dem Rauchverhalten und positiven Symptomen gefunden, sehr wohl aber eine positive Korrelation zwischen Rauchen und einer Kombination aus Negativsymptomatik, Krankheitsdauer und Alkoholkonsum der Patienten. (Pathkar, Gopalakrishnan, Lundy, Leone, Certa, & Weinstein, 2002)

1.2.3.3 Einflussfaktoren für Rauchen bei Schizophrenie

Es gibt mehrere Hypothesen, die versuchen, den vermehrten Nikotinkonsum unter Schizophrenen zu erklären. Höchstwahrscheinlich sind die Gründe dafür aber multifaktoriell. Manche Autoren erwähnen auch die Unterbeschäftigung von stationären Patienten an vielen Kliniken als möglichen Einflussfaktor für die hohen Raucherzahlen. Das Rauchen dient den Patienten hierbei unter anderem als Zeitvertreib. (Conway, 2009) Da die Zahlen aber auch unter ambulanten Patienten deutlich erhöht sind, muss nach weiteren Gründen gesucht werden.

In einer kleineren Studie von Barr. et al. wurden Schizophreniepatienten und eine Kontrollgruppe von Angestellten im Gesundheitsbereich zu ihrer persönlichen Motivation für ihr Rauchverhalten befragt. Neben dem FTND-Fragebogen und der Anzahl der Zigaretten pro Tag arbeitete man noch mit einem Fragebogen nach Russell et. al., der folgende Punkte beinhaltet: 1) Sedierung und Angstreduktion, 2) Verstärkung lustvoller Gefühle und Entspannung, 3) Sensorimotorische Manipulation, 4) Verlangen, 5) Gewohnheit 6) Geselligkeit oder Psychosoziales und 7) Verstärkter Bedarf an Energie oder Stimulation. In drei dieser sieben Punkte gab es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Der Geselligkeitsaspekt scheint für das Patientenkollektiv viel seltener eine Motivation für das Rauchen darzustellen als für die Kontrollgruppe. Anders hatten „Sensorimotorische Manipulation“ und „Verstärkter Bedarf an Energie oder Stimulation“ einen viel höheren Stellenwert für die Gruppe der Patienten und für diese beiden Punkte konnte bezogen auf die tägliche Chlorpromazin-Dosis ein positiver Zusammenhang verzeichnet werden. Dies bedeutet, dass Patienten mit ansteigender Antipsychotika-Dosis vermehrt die erwähnten zwei Motivationsgründe nannten. Man untersuchte noch etwaige Zusammenhänge zwischen der Motivation zu rauchen und der anticholinergen Wirkung verschiedener Gruppen von Psychopharmaka („Anticholinergic Load“), die zu einer Verminderung der kognitiven Leistung beitragen kann. Gefunden wurde ein Zusammenhang zwischen „Anticholinergic Load“ und dem ersten Punkt „Sedierung und Angstreduktion“. (Minzberg, Poole, & Benton, 2004) (Baar, Procyshyn, Hui, Johnson, & Honer, 2008)

1.2.3.4 Effekte von Nikotin

Viele Studien haben sich mit der Frage beschäftigt, welche Effekte Nikotin im Körper hat, die gerade im Zusammenhang mit Schizophrenie von Relevanz sind.

Bekannt ist, dass Rauchen zu einem verstärkten Metabolismus des atypischen Antipsychotikums Olanzapin führt und so dessen Wirkung verkürzt. (Benkert & Hippus, Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie, 2007)

Weiter fand man heraus, dass Patienten mit Schizophrenie ein gewisses Nikotindefizit im Gehirn aufweisen, das durch das Rauchen ausgeglichen werden kann. Die Aufnahme von externem Nikotin verbessert laut Studien kognitive Leistungen von Schizophreniepatienten. (Adler, Hoffer, Wisner, & Freedman, 1993) (Freedman, et al., 1996)

So wurden unter anderem von Rabin et al. Zusammenhänge zwischen Rauchen und Leistung im Bereich der präfrontalen kortikalen Gehirnfunktionen bei Schizophrenie untersucht. Dysfunktionen in diesen Hirnarealen sind typisch bei Schizophreniepatienten und sie wurden in der erwähnten Studie durch die „Prepulse Inhibition“ (Mechanismus, der Aufschluss gibt über die sensomotorische Integration, grob gesagt die Reizverarbeitung, die bei der Schizophrenie Defizite aufweist) getestet. Unter den 50 Probanden waren Raucher und Nicht-Raucher- sowohl an Schizophrenie erkrankte als auch gesunde Kontrollen. Im Zuge der Studie erlangten schizophrene Nichtraucher die schlechtesten Testergebnisse bei der „Prepulse Inhibition“, wobei an Schizophrenie erkrankte Raucher annähernd gleich gute Ergebnisse erreichten wie gesunde Nichtraucher. (Rabin, Sacco, & George, 2009)

1.2.3.5 Rauchtätigkeit bei Schizophrenie

Da Schizophreniepatienten eine viel höhere Wahrscheinlichkeit haben, Raucher zu sein und dadurch einem enormen Risiko für die zahlreichen, teils lebensbedrohlichen Folgeerkrankungen ausgesetzt sind, wurden Substanzen untersucht, die speziell dieses Patientenkollektiv bei der Entwöhnung unterstützen könnten.

So untersuchten zum Beispiel Smith et. al. in ihrer kleinen Open-Label-Studie Effekte von Variniclin bei 12 Patienten mit Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen. Variniclin ist ein partieller Agonist am nikotinergeren Acetylcholinrezeptor, der die euphorisierende Tabakwirkung aufhebt und das Nikotinentzugssyndrom lindert. (Benkert, Psychopharmaka- Medikamente, Wirkung, Risiken, 2009)

Nach Variniclin-Gabe zeigten sich signifikante Verbesserungen von kognitiven Leistungen im Bereich Lernen, Merken und Sprach-Index. Des Weiteren bestand eine signifikante Verminderung des Plasma-Kotinin-Spiegels, des CO-Levels in der Ausatemluft, des Rauchverlangens laut Selbstbericht und der Zahl der gerauchten Zigaretten. Kotinin, bzw. das N-Glucuronide-Konjugat, ist ein Metabolit von Nikotin und kann in Urin bzw. Plasma nachgewiesen werden. So dient Kotinin als Biomarker zum Nachweis von Tabakexposition. (ChemIDplus, 2010) (Smith, Lindenmayer, Davis, Cornwell, & Noth, 2009)

Das nächste Kapitel gibt einen kurzen Überblick über einige negative Effekte, die Nikotin auf den Körper und die Psyche haben kann.

1.3 Physische und psychische Folgen des Nikotinkonsums

Da der Anteil der Raucher unter psychisch Kranken so hoch ist, ist auch die Prävalenz der Folgeerkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe deutlich höher als unter der restlichen Bevölkerung. Dies zeigt auch eine weitere, etwas kleinere Studie von Himmelhoch et al., bei der 200 Patienten, die an einer ernsten psychischen Erkrankung litten (50 Schizophreniekranken, 50 mit schizoaffektiver Störung, 50 mit Major Depression und 50 Patienten mit bipolarer affektiver Störung) für eine Befragung gewonnen werden konnten, mit Hilfe derer man die COPD-Prävalenz erhob. Verglichen wurden die Ergebnisse mit denen einer nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Kontrollgruppe. Die Ergebnisse zeigten, dass die Diagnosen „chronische Bronchitis“ (19,5% der Patienten vs. 6,1% der Kontrollen) und „Emphysem“ (7,9% der Patienten vs. 1,5% der Kontrollen) in der Gruppe der psychiatrischen Patienten deutlich häufiger waren als in der Kontrollgruppe. (Himmelhoch & Lehman, 2004)

Am Rande möchte ich noch auf eine europäische Studie eingehen, die Schmitz et al. 2003 durchgeführt haben. Dabei ging es um die Lebensqualität, Arbeitsunfähigkeit und psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Nikotinabhängigkeit. Hierbei zog man Daten von 3 293 Befragten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren heran, die im Zuge des „German National Health Interview and Examination Survey“ erhoben wurden. Die 1-Jahres Prävalenz für Nikotinabhängigkeit ergab in dieser Population 9,4%. Die Befragten, die unter Nikotinabhängigkeit litten (mehr als ein Viertel der Raucher), bewerteten ihre Lebensqualität viel schlechter als jene, die als nicht abhängig eingestuft wurden. Die Arbeitsunfähigkeit betreffend wiesen 25% der Nikotinabhängigen mindestens 14 Tage im vergangenen Jahr auf, an denen sie ihren normalen Aktivitäten nicht nachgehen konnten. Dies traf unter den Nichtrauchern nur auf 15,1% zu. (Schmitz, Kruse, & Kugler, 2003)

Im folgenden Kapitel soll das Thema Frauen und Rauchen näher beleuchtet werden. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Zeit der Schwangerschaft gerichtet.

1.4 Frauen und Rauchen

1.4.1 Epidemiologische Daten zum Rauchen allgemein

Um die tatsächliche Zahl der täglichen Raucher derzeit in Österreich gibt es laut einem Bericht der Wiener medizinischen Wochenschrift große Verwirrung. Auf Grund der derart unterschiedlichen Ergebnisse verschiedener Studien, ist es momentan nicht möglich, den Anteil der Raucher in Österreich in Zahlen auszudrücken. Die Ergebnisse der Studien, die von Statistik Austria, Spektra und Market & LBI Sucht in den letzten 10 Jahren zum Thema Rauchen durchgeführt wurden, liegen bei 23,3 und 38,9 Prozent. Die Ergebnisse der Raucherzahlen werden von Studie zu Studie unterschiedlich im Verlauf einmal als zunehmend bzw. abnehmend beschrieben und so kann kein echter Trend der Rauchgewohnheiten verzeichnet werden. So gibt es derzeit die Meinungen, dass die Anzahl der täglichen Raucher gestiegen, als auch gleich geblieben (Statistik Austria) und auch gesunken (Spektra 2008) ist, was schwer miteinander vereinbar ist. (Uhl, Bachmayer, & Kobrna, 2009)

In einem Artikel des Centre of Disease Control and Prevention aus dem Jahre 2005 wird die Zahl der Raucher in den USA auf 20,9% (also 45,1 Millionen Menschen) geschätzt- davon sollen 80,8% täglich und 19,2% gelegentlich rauchen. 18,1% der Frauen in den USA sollen laut diesem Schreiben rauchen. (Centre for Disease Control and Prevention, 2006)

Seit 1980 sind geschätzte 3 Millionen Frauen in den USA frühzeitig an durch Rauchen verursachten Krankheiten verstorben, wobei 90% der Fälle von Lungenkrebs bei Raucherinnen auf das Rauchen zurückzuführen sind. (U.S. Department of Health and Human Services, 2006)

Laut einem Bericht der WHO ist der Tabakkonsum weltweit bei Männern derzeit viermal so stark verbreitet wie bei den Frauen. Hier wird für Amerika und Europa der Anteil der Raucherinnen an der weiblichen Bevölkerung auf ein Viertel geschätzt. Die Zahl der Raucher ist besonders hoch unter Menschen mit geringerem Einkommen, jenen, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind und in der männlichen Bevölkerung. In manchen Ländern lässt sich aber der Trend ausmachen, dass Frauen daran sind, quantitativ aufzuholen- so rauchen in Deutschland und Dänemark zum Beispiel mehr junge Frauen zwischen 14 und 19 Jahren als Jungen in dieser Altersklasse. (WHO- Department of Gender and Women's Health , 2003)

Die Gründe für den Nikotinkonsum besonders unter Frauen sind vielschichtig und scheinen sich deutlich von denen der Männer zu unterscheiden, vor allem weil beide unterschiedlich auf Nikotin ansprechen. Bei Frauen ist das Rauchen viel mehr mit sensorischen und sozialen Aspekten verbunden, weniger mit Nikotin selber, was auch ein Grund dafür sein könnte, dass sie sich beim Aufhören schwerer tun als Männer. Auch Depression ist ein Faktor dafür, wobei Frauen ungefähr doppelt so häufig von Depressionen betroffen sind wie Männer. (WHO- Department of Gender and Women's Health , 2003)

1.4.2 Rauchen im gebärfähigen Alter

In einer Studie aus dem Jahre 1996 wird die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (das hier mit 18-44 Jahren angenommen wurde), die zur Zeit der Befragung rauchten mit 35,4% angegeben, was im Vergleich mit dem Ergebnis vom Jahre 1987 einen Rückgang bedeuten würde. Eine Einschränkung dieser Studie ist mit Sicherheit, dass Frauen unter 18 nicht einbezogen wurden und die Raucherzahlen deshalb in Wirklichkeit höher sein müssten, als angenommen. (Shahul, Floyd, & Robert, 2000)

1.4.3 Rauchen vor der Schwangerschaft

Eine Studie von Kahn et al. von November 2002 ergab, dass 29% der befragten Frauen (n=8285) in den letzten 12 Monaten vor der Geburt rauchten. Dieser Zeitraum kann sowohl die Zeit vor als auch während der Schwangerschaft betreffen. Wichtige Einflussgrößen waren niedriger Bildungsstand, andere Raucher, die im selben Haushalt leben, vermehrter Alkoholkonsum, geringeres Einkommen, Familienstand „ledig“, weiße Rasse und die Jugend der werdenden Mutter. (Kahn, Certain, & Whitaker, 2002)

In einer großen Studie von LeClere et al. wurden 13 674 000 Frauen im Alter von 18-44 Jahren, die in den letzten fünf Jahren eine Lebendgeburt hatten zu ihrem Rauchstatus befragt. Bei dieser Befragung gaben ein Viertel der Frauen (24,6%, n=3 365 000) an, in dem Jahr vor ihrer letzten Schwangerschaft geraucht zu haben. Die Frauen waren häufig jünger, weiß, ledig oder geschieden und hatten ein geringeres Einkommen und einen niedrigen Bildungsstand. Es wird angenommen, dass Größen wie zum Beispiel das Alter

wiederum Einfluss auf die Bildung (höherer Bildungsstand) und auf diesem Weg auch auf das Rauchverhalten haben. (LeClere & Wilson, 1997)

Dejin-Karlsson et al. kamen im Zuge ihrer kleineren Studie zum Ergebnis, dass unter all ihren Studienteilnehmerinnen (n=872) 404 Frauen (entsprechen 46,3%) vor dem Zeitpunkt der Empfängnis rauchten. (Dejin-Karlsson, Hanson, Östergren, Ranstam, Isacsson, & Sjöberg, 1996)

Weiter berichteten Fingerhut et al., dass 32% ihrer insgesamt 1 550 Studienteilnehmerinnen vor der Schwangerschaft geraucht hatten. (Fingerhut, Kleinman, & Kendrick, 1990)

1.4.4 Rauchen während der Schwangerschaft

1.4.4.1 Daten

In der Studie von LeClere fanden sich auch folgende Ergebnisse. Von den Frauen, die berichteten, jemals geraucht zu haben (n=5 302 000), rauchten über 63,5% im Jahr vor ihrer letzten Schwangerschaft und 15,4% aller teilnehmenden Frauen griffen auch noch während dieser Schwangerschaft zur Zigarette. (LeClere & Wilson, 1997)

Daten gibt es auch aus einer schwedischen Studie, bei der 63,6% (n=257) der Frauen, die vor der Schwangerschaft rauchten (das sind in diesem Fall 404 Frauen (=46,3%) von den insgesamt 872 Teilnehmerinnen), dies auch in der Schwangerschaft taten. Von allen Teilnehmerinnen rauchten also 29,5% in auch in der Schwangerschaft.

Auch hier stellte man vermehrt jüngeres Alter und geringeren Bildungsstand der betroffenen Teilnehmerinnen fest. Das höchste Risiko, nicht mit dem Rauchen aufzuhören fand sich bei ledigen Frauen und Frauen, die diese Schwangerschaft nicht geplant hatten. (Dejin-Karlsson, Hanson, Östergren, Ranstam, Isacsson, & Sjöberg, 1996)

Obwohl die Daten natürlich von Studie zu Studie leicht abweichen, sind die Ergebnisse beunruhigend, wenn man an die Folgen denkt, die Nikotin auf das Ungeborene haben kann.

1.4.4.2 Einflussgrößen

Es ist nicht ganz klar, ob die Gründe für das Rauchen während der Schwangerschaft im Unwissen über die Folgen für die Beteiligten liegen oder ob diese wo anders zu finden sind. Mögliche Einflussgrößen sind in Studien erhoben worden.

So scheint die Ausbildungsdauer, der Beziehungsstand, das Zusammenleben mit dem Kindsvater, die Tatsache, ob es sich um eine gewollte Schwangerschaft handelt oder nicht, die körperliche Aktivität der Mutter und die Rauchbelastung im täglichen Umfeld der Schwangeren einen wesentlichen Effekt auf deren Nikotinkonsum zu haben. Die Wahrscheinlichkeit, dass schwangere Frauen ihren Rauchgewohnheiten treu bleiben, scheint auch mit der Dauer des Nikotinkonsums vor der Schwangerschaft anzusteigen. (LeClere & Wilson, 1997)

Wichtige psychosoziale Einflussgrößen für Rauchen in der Schwangerschaft stellen der Grad der Teilnahme am sozialen Leben und die Größe des sozialen „Auffangnetzes“ dar. Es darf dabei nicht auf soziale Schutzfaktoren wie emotionale Unterstützung, Rückhalt der eigenen Mutter und des Kindsvaters und instrumentelle Unterstützung (gemeint sind Zugang zu Informationen und Beratung sowie materiellen Ressourcen) vergessen werden. (LeClere & Wilson, 1997)

In einer Studie von Ahluwalia et al. wurde der Zusammenhang zwischen Rauchen und physischem und psychischem Leiden untersucht. Unter Schwangeren, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht bezeichneten, waren mehr Raucherinnen als unter jenen, die ihren Gesundheitszustand besser einstufen. Auch jene, die berichteten, dass sie häufig physischem und psychischem Stress ausgesetzt waren, konsumierten mit einer größeren Wahrscheinlichkeit Nikotin in der Schwangerschaft. (Ahluwalia, Mack, & Mokdad, 2004)

1.4.4.3 Rauchentwöhnung

Zu dem Anteil der Frauen, die ihren Konsum einstellen, wenn sie von ihrer Gravidität erfahren, ist noch zu sagen, dass sich unter ihnen eher leichte Raucherinnen (in dem Fall unter einem Päckchen pro Tag) und Frauen mit höherem Bildungsstand befinden. Alter und Beziehungsstatus scheinen wenig Auswirkung auf das Aufhören zu haben. (LeClere & Wilson, 1997)

1.4.5 Rauchen nach der Schwangerschaft

Obwohl sich doch einige Raucherinnen dazu entschließen, mit dem Rauchen aufzuhören, wenn sie erfahren, dass sie schwanger sind, ist die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls nach der Schwangerschaft relativ groß. Über ein Viertel (26%) der Frauen, die am Beginn oder im Laufe der Schwangerschaft das Rauchen aufgeben (n=134), konsumieren laut einer Studie von Mullen et al. bereits am Ende der 6. Woche post partum wieder Nikotin. Am Ende des 3. Monats nach der Geburt rauchten schon wieder 43%. (Mullen, Quinn, & Ershoff, 1990)

In anderen Quellen kehrten 70% der 191 Frauen, die es schafften, während der Schwangerschaft das Rauchen aufzugeben, innerhalb eines Jahres nach der Geburt wieder zurück zum Konsum. (Fingerhut, Kleinman, & Kendrick, 1990)

In einer größeren amerikanischen Studie von Vesga-Lopez et al. waren unter den 994 teilnehmenden Frauen im Postpartum 10,7% von Nikotinsucht betroffen. 21,5% von diesen gaben an, Gebrauch von Tabak zu machen und unter den Rauchern war die durchschnittliche Zahl der gerauchten Zigaretten pro Tag 16,3. (Vesga-Lopez, Blanco, & Keyes, 2008)

Es wurden kaum Zusammenhänge zwischen Rückfall und Bildungsstand gefunden, allerdings fangen Frauen, die später in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhören, nach der Geburt eher wieder damit an. Auch haben Frauen, die zuvor stärkere Raucherinnen waren, ein höheres Risiko einen Rückfall zu erleiden. (Fingerhut et al. 1990) Man geht davon aus, dass ein größeres Bewusstsein vieler Mütter für den negativen Effekt auf ihre ungeborenen Kinder besteht, sie aber nicht bedenken, welche Auswirkungen Passivrauch auf Säuglinge und Kleinkinder haben kann. (Fingerhut, Kleinman, & Kendrick, 1990)

Tabelle 2 auf der nächsten Seite gibt einen kurzen Überblick über die Prozentzahlen der rauchenden Mütter in den verschiedenen Studien.

Studie	Rauchen vor der SS	Rauchen in der SS	Rauchen nach der SS *
Le Clere et al. 1997	24,6%	15,4%	
Dejin-Karlsson et al. 1996	46,3%	29,5%	
Fingerhut et al. 1990	32%		70% der in der SS Abstinenten
Mullen et al. 1990			43% der in der SS Abstinenten
Vesga-Lopez et al. 2008			21,5% der befragten Frauen im PP

Tabelle 2: Rauchen vor, in und nach der Schwangerschaft

1.4.6 Rauchen in der Schwangerschaft im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen

Einige Studien haben sich mit dem Zusammenhang von Rauchen und psychischen Erkrankungen in der Schwangerschaft auseinandergesetzt.

Die Zahl der rauchenden Schwangeren wird von Studie zu Studie etwas abweichend um die 20% geschätzt. Laut einer amerikanischen Studie sollen wiederum 12,4% der werdenden Mütter unter Nikotinabhängigkeit leiden. Unter den Nikotin konsumierenden Schwangeren sollen 30% unter mindestens einer psychischen Erkrankung leiden, wobei Persönlichkeitsstörungen, schwere Depressionen und spezifische Phobien am häufigsten sind. (Goodwin et al. 2007) Konsumierende Schwangere sind 2,5 mal häufiger von einer Angststörung, zwei mal häufiger von einer affektiven Störung, dreimal häufiger von einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom oder einer anderen Verhaltensstörung (nach DSM IV)) und 4,5 mal häufiger von Alkoholabusus oder Substanzabhängigkeit betroffen. (Flick, Cook, & Homan, 2006)

Erwähnenswert ist ferner, dass Schwangere mit der Diagnose einer psychischen Störung im Vergleich auch mehr Zigaretten am Tag konsumieren als rauchende Schwangere ohne psychische Erkrankung. (Flick, Cook, & Homan, 2006)

Neben den schädlichen Auswirkungen des Nikotinkonsums auf das Ungeborene sollte man nicht außer Acht lassen, dass Depression und Angststörungen der Mutter sowohl ein erhebliches körperliches als auch psychisches Gesundheitsrisiko für dieses darstellen. (Goodwin, Keyes, & Simuro, 2007)

Da Ergebnisse aber zeigen, dass eine Verbindung zwischen Nikotinkonsum und psychischen Erkrankungen besteht und dass Raucher, die darunter leiden, größere Probleme mit dem Aufhören haben, als Raucher, die nicht von einer psychiatrischen Komorbidität betroffen sind, ist es sehr wichtig, Schwangere nicht nur im Einstellen ihres Nikotinkonsums zu bestärken, sondern ihnen auch von psychiatrischer Seite aus die nötige Unterstützung zu bieten. (Flick, Cook, & Homan, 2006)

1.4.6.1 Korrelation zwischen Raucherstatus und früheren stationären Aufenthalten

In der Studie von Harlow et al. ging man auch auf den Raucherstatus zur Zeit der Geburt ein. Von den Frauen, die vor der Geburt keine Krankenhausaufenthalte auf einer psychiatrischen Station aufwiesen, waren 17,8% zur Zeit der Geburt Raucherinnen. Der Anteil unter den Frauen, die vor der Schwangerschaft aufgrund einer Psychose in stationärer Behandlung waren, betrug 33,2% und der der Frauen, für die dies in der Schwangerschaft der Fall war, betrug 35,1%.

29,9% der Frauen, die vor der Schwangerschaft aufgrund einer bipolaren Episode in stationärer Behandlung waren und 42,1% der Frauen, die in der Schwangerschaft davon betroffen waren, gaben zur Zeit der Geburt an, zu rauchen. (siehe Abbildung 5)

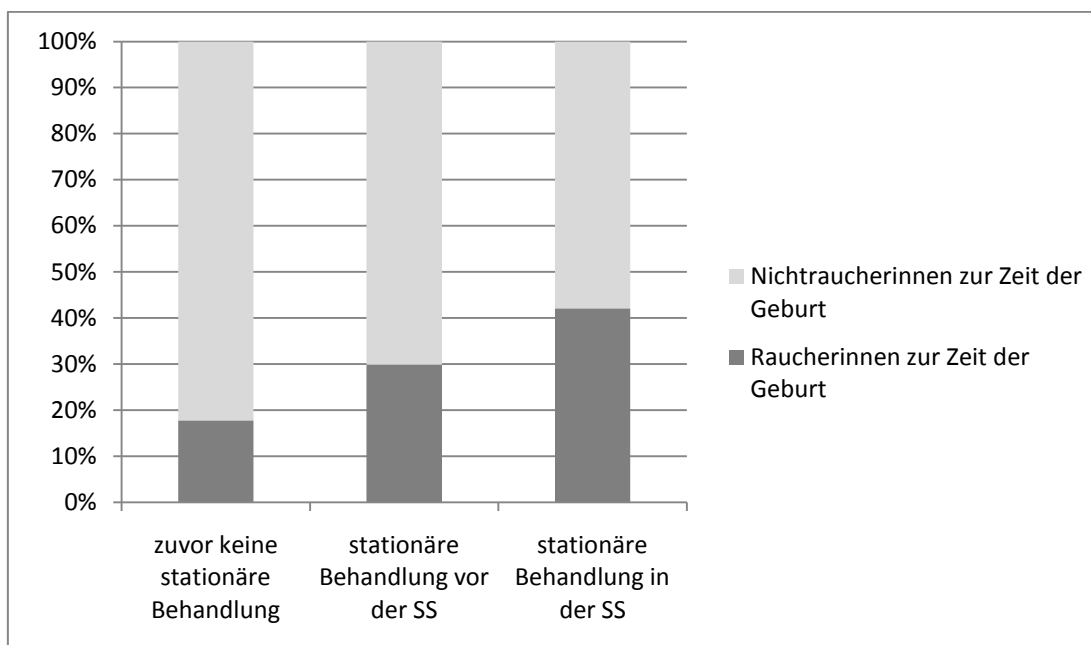


Abbildung 5: Stationäre Behandlung aufgrund bipolarer Störung und Rauchstatus zur Zeit der Geburt.

Die angeführten Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine Korrelation zwischen psychischer Erkrankung und Rauchverhalten in der Schwangerschaft besteht.

Die Studie lässt darauf schließen, dass Frauen, die von bipolaren Störungen betroffen sind, in der vulnerablen Zeit der Schwangerschaft häufiger als psychisch gesunde Frauen von Nikotin Gebrauch machen, eine Theorie, die möglicherweise auch unsere Hypothesen im Rahmen der aktuell laufende Studie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Graz bestärken könnte. (Harlow et al. January 2007)

1.4.7 Folgen von Nikotinkonsum in der Schwangerschaft

Kurz möchte ich auch auf die Gesundheitsrisiken, die Nikotinkonsum der Mutter auf den Schwangerschaftsverlauf und in Folge auch auf das Un- bzw. Neugeborene haben kann, eingehen.

Zum Einen gibt es einige Ergebnisse, die bestätigen, dass aktiver Zigarettenrauch zu Plazentaabnormalitäten führen kann. Dazu zählen Placenta praevia und Abruption placenta. Unter Placenta praevia versteht man die partielle oder komplette Verlegung des Muttermundes während der Schwangerschaft durch die Plazenta und auch wenn die Wahrscheinlichkeiten von Studie zu Studie verschieden sind, wird immer von einer deutlich höheren Prävalenz dieser Komplikation bei rauchenden Schwangeren berichtet. Die Ursache liegt wahrscheinlich an der größeren und schwereren Plazenta, die Raucherinnen aufweisen. Ein Zusammenhang zwischen Auftreten der Komplikation und Nikotindosis konnte jedoch nicht ausgemacht werden. (Castles, Adams, Melvin, Kelsch, & Boulton, 1999) (Salihu & Wilson, 2007)

Bei Abruption placenta löst sich die Plazenta frühzeitig von der Uteruswand. Die Mortalität hier ist sechs mal höher als bei Placenta praevia und es besteht erwiesenermaßen ein kausaler Zusammenhang zwischen Auftreten einer vorzeitigen Plazentalösung und Nikotinkonsum. Auch der Einfluss von Dauer und Dosis des Konsums wurde nachgewiesen. Der Entschluss in der frühen Schwangerschaft mit dem Rauchen auf zu hören, soll einen positiven Effekt auf das Risiko einer Abruption placenta haben. (Salihu & Wilson, 2007)

Es gibt zwei Wege über die Rauchen zu einem verminderten Geburtsgewicht (<2500 g) führen kann- durch Auftreten einer Frühgeburt oder in dem Fall, in dem das Kind als „small for gestational age“ zu bezeichnen ist, also vermindertes fötales Wachstum herrscht. Das Risiko für Raucherinnen eine Frühgeburt zu erleiden, ist fast doppelt so hoch als für

Nichtraucherinnen. Die Wahrscheinlichkeit steigt mit der Anzahl der Zigaretten pro Tag. Das fötale Wachstum und dadurch auch das Geburtsgewicht werden durch den Nikotinkonsum der Mutter vermindert. Das Geburtsgewicht ist um ca. 10-12g pro konsumierter Zigarette (pro Tag) reduziert. (Salihu & Wilson, 2007)

Es herrscht keine Einigkeit unter den Autoren bezüglich des Zusammenhangs zwischen Rauchen und Spontanaborten. Erwiesen ist jedoch das höhere Risiko für Totgeburten. Das Risiko für SIDS (Sudden infant death syndrome) ist mindestens zweimal so groß für Kinder deren Mütter in der Schwangerschaft geraucht haben. Auch der Tod des Kindes dieser Frauen vor dem 1. Lebensjahr ist um 40% häufiger als bei Nichtraucherinnen. Des Weiteren gibt es noch einen signifikanten Zusammenhang zwischen Rauchen und frühzeitigem Blasensprung, der in 5-15% der Schwangerschaften für Komplikationen sorgt. (Salihu & Wilson, 2007)

Raucherinnen haben außerdem ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Extrauterin gravidität und Tabakrauch kann über Beeinträchtigung der Ovarialfunktion zu verfrühter Menopause führen. (Castles, Adams, Melvin, Kelsch, & Boulton, 1999) (Salihu & Wilson, 2007)

Den einzigen protektiven Effekt soll Rauchen bei der Präeklampsie haben, jedoch kann über den Wirkmechanismus bislang nur spekuliert werden und in Anbetracht der vielen negativen Wirkungen und Risiken des Tabakkonsums, ist jeder Schwangeren anzuraten, auf diesen zu verzichten. (Castles, Adams, Melvin, Kelsch, & Boulton, 1999)

Kapitel 1.5 beschäftigt sich mit psychischen Erkrankungen, die in der vulnerablen Phase der Schwangerschaft auftreten können.

1.5 Schwangerschaft und psychische Erkrankungen

1.5.1 Depression in der Schwangerschaft

Eine große Studie (N=13 799) von Evans et al. vergleicht depressive Symptomatik in und nach der Schwangerschaft und kommt zum Ergebnis, dass diese weder in der einen noch in der anderen Zeitspanne schwerer oder häufiger ist. Dieses Ergebnis widerspricht der weitläufigen Meinung, dass die Schwangerschaft einen schützenden Faktor im Bezug auf das Auftreten bzw. Wiederauftreten von psychischen Erkrankungen besonders von affektiven Störungen darstellt. (Evans, Heron, Francomb, S., & Golding, 2001)

Die Diagnostik einer Depression in der Schwangerschaft könnte aber auf Grund der Symptomatik in manchen Fällen Probleme machen. Schlaf- und Essstörungen, Gewichtszunahme, Gereiztheit und Müdigkeit sind durchaus bis zu einem gewissen Grad normale Gegebenheiten während einer Schwangerschaft, könnten aber in anderen Fällen Anzeichen einer bestehenden Depression der Schwangeren sein und so leicht übersehen werden. (Berga, Parry, & Moses-Kolko, 2009)

1.5.1.1 Medikamentöse Therapie bei Kinderplanung oder vorhandener Schwangerschaft

Die Entscheidung, ob und in wie weit die pharmakologische Therapie in der Schwangerschaft reduziert oder abgesetzt werden sollte, muss individuell gefällt werden und vor allem müssen die Patientinnen und ihre Partner eingebunden werden. Viele werdende Mütter haben möglicherweise die Sorge, dass die verwendeten Medikamente teratogene Effekte haben könnten. So ist von Carbamazepin zum Beispiel das 0,5%ige Risiko des Entstehens einer Spina bifida bekannt. Im Fall von Lithium tritt in 1 von 1200 Lebendgeburten eine Ebstein Malformation des Herzens auf und unter Lamotrigin-Gabe soll es in vereinzelt Fällen zum Auftreten einer Lippen-Gaumen-Spalte kommen. Die Gabe des selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmers Paroxetin birgt ein 1,5-2 fach erhöhtes Risiko für eine angeborene kardiale Malformation. (Post & Alshuler, 2009)

In jedem Fall muss man das Risiko der unerwünschten Wirkungen der Psychopharmaka gegen das Risiko des Wiederauftretens der Erkrankung mit all seinen möglichen Auswirkungen auf die Mutter und das Ungeborene abwägen. (Post & Alshuler, 2009)

Um festzustellen, welchen Einfluss die kontinuierliche Einnahme bzw. das Absetzen von Antidepressiva während der Schwangerschaft auf das Auftreten eines Rezidivs einer schweren Depression hat, befragten Cohen et al. in ihrer prospektiven Längsstudie 201 Frauen, bei denen irgendwann vor der Schwangerschaft eine majore Depression diagnostiziert worden war. Die Ergebnisse zeigten in 43% der Fälle ein Rezidiv der Erkrankung in der Schwangerschaft. In der Hälfte der Fälle trat das Rezidiv im ersten Trimenon auf. Sowohl die Dauer der depressiven Erkrankung als auch die Anzahl der abgelaufenen Episoden korrelierten positiv mit dem Risiko eines Rezidivs in der Schwangerschaft.

Die zentrale Frage, nämlich, ob die Aufrechterhaltung der antidepressiven, medikamentösen Therapie einen Einfluss auf das Auftreten eines Rezidivs hat, wurde wie

folgt beantwortet. 26% der 82 Frauen, die die gesamte Schwangerschaft über eine kontinuierliche Einnahme der Antidepressiva aufwiesen, erlitten ein Rezidiv, während dies bei 68% der Frauen der Fall war, die die medikamentöse Therapie während der Schwangerschaft absetzten. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die Gabe von Antidepressiva das Auftreten eines Rezidivs nicht in jedem Fall verhindert, das Risiko jedoch enorm zu senken scheint. (Cohen, Altshuler, Harlow, Nonacs, & Newport, 2006)

1.5.2 Angst in der Schwangerschaft

In ihrer Studie beschäftigten sich Teixeira et al. auch mit Angststörungen und Depression in der Schwangerschaft, bezogen aber in diesem Fall die Partner der 300 Teilnehmerinnen in die Befragungen mit ein. Die Ergebnisse zeigten höhere Werte bei Ängsten und Depressionen als Männer. Im ersten, zweiten und dritten Trimenon verglich man die Ausprägung der Angstsymptomatik miteinander. Frauen und Männer, die die erste Schwangerschaft erlebten, hatten eine stärkere Ausprägung im ersten Trimester als im dritten. Multipara zeigten eine stärkere Intensität der Symptomatik im dritten Trimester. (Teixeira, Figueiredo, & Conde, 2009)

Das letzte Kapitel umfasst nun psychische Störungen, die nach der Geburt bei der Mutter auftreten können.

1.6 Postpartum und psychische Erkrankungen

1.6.1 Bipolare Störungen und Depressionen in der Postpartum-Periode

Während das Risiko für das Auftreten einer Postpartum-Depression in der Allgemeinbevölkerung 12-15% beträgt, ist es für Frauen, die in der Vergangenheit an einer affektiven Störung gelitten haben, noch höher. Das Risiko wird hier auf ca. 25% geschätzt. Gerade die hormonellen Veränderungen und die Stresssituationen, die die neuen Aufgaben rund um das Neugeborene mit sich bringen, können Stimmungsschwankungen verschlimmern, aber auch Schlafmangel könnte das Risiko des Auftretens von Manie und Psychosen bei Frauen mit bipolaren Störungen erhöhen. (Post & Alshuler, 2009)

Zu den Risikofaktoren für das Auftreten einer Postpartum-Depression zählen eine durchgemachte Depression der Person selbst oder Verwandter und auch bekannte Depressionen im Zusammenhang mit einer früheren Geburt oder der prämenstruellen Dysphorie. (Berga, Parry, & Moses-Kolko, 2009)

Harlow et al. untersuchten retrospektiv in einer großen Studie die Daten von 612 306 Frauen, die in Schweden von Anfang 1987 bis Ende 2001 ihr erstes Kind geboren hatten. Die Inzidenz einer bipolaren Episode lag allgemein bei 0,03%. Unter den Frauen, die noch nie einen Krankenhausaufenthalt aufgrund einer psychischen Erkrankung hatten, war die Häufigkeit eines Krankenhausaufenthaltes aufgrund einer bipolaren Episode in der Postpartum-Periode 0,01%. Waren die Mütter jedoch zu irgendeinem Zeitpunkt vor der Geburt in stationärer psychiatrischer Behandlung aufgrund einer bipolaren Episode (n=786), erhöhte sich die Inzidenz für die Zeit nach der Geburt auf 8,5%. Von denjenigen Frauen (n=76), deren bipolare Episode in der Pränatal-Periode (also vor der Geburt, aber nicht vor der Schwangerschaft), zeitlich also näher am Geburtstermin liegend, aufgetreten war, waren 41,26% von einer erneut auftretenden bipolaren Episode im Postpartum betroffen. Diese beachtliche Zahl macht deutlich, wie wichtig die postpartale Betreuung gerade derjenigen Frauen ist, die von einem erhöhten Risiko betroffen sind. (Harlow, Vitonis, & Sparen, 2007)

1.6.2 Weitere psychische Störungen in der Postpartum-Periode

Marrs et al. beschäftigten sich mit dem Auftreten von psychiatrischen Symptomen nach der Schwangerschaft und kamen zu dem Ergebnis, dass sich diese bei Weitem nicht nur auf depressive Symptomatik beschränken. 215 Frauen wurden retrospektiv für die Zeit der Postpartum-Periode zu 10 verschiedenen Symptomgruppen befragt. 30-40% der Teilnehmerinnen gaben an, häufig bis meistens an Problemen mit Aufmerksamkeit und Gedächtnis und Motivationsmangel zu leiden. 6% hatten während dieser Zeit psychotische Symptome. 15% der Frauen berichteten von häufigen Panikattacken und 49% wiesen Hyperemotionalität oder Gefühlsinstabilität auf. Die Angst vor Keimen und exzessives Putzen trat nur bei 9-15% auf. Die Studie soll zeigen, dass, auch wenn die Postpartum-Depression mittlerweile vielen bekannt ist und sie deshalb bei der Diagnostik nicht mehr so oft durch den Raster fällt, es wichtig ist, auch an die Möglichkeit des Auftretens anderer psychischer Symptome in der Postpartum-Periode zu denken, um diese rechtzeitig erfassen

und den Betroffenen Hilfestellung anbieten zu können. (Marrs, Durette, Ferraro, & Cross, 2009)

2 Die Studie

2.1 Ziel der Studie

Unsere Studie beschäftigt sich allgemein mit der Zeit der Schwangerschaft und der Postpartum-Periode bei Frauen mit bipolarer Störung. In diesem Zusammenhang werden auch komorbide Ängste, psychosoziale Stressoren und Life-events, Persönlichkeitszüge und Neurotizismen, Copingstrategien, Partnerschaft und psychosoziale Unterstützung und Alkoholmißbrauch untersucht. Meine persönliche Aufgabe ist es, mehr über den Nikotinkonsum in dieser speziellen Gruppe in der Zeit der Schwangerschaft und Geburt herauszufinden.

Im Hinblick auf den Nikotinkonsum während der Schwangerschaft bei diesem speziellen Patientenkollektiv sollen folgende Fragen beantwortet werden.

- Wie häufig ist der Nikotinkonsum in der Schwangerschaft bei Patientinnen mit einer bipolaren Störung?
- Gibt es einen Unterschied im Konsumverhalten zwischen bipolaren Patientinnen und einer gesunden Kontrollgruppe?
- Welchen Einfluss hat das Rauchen auf den Verlauf der bipolaren Störung in der Schwangerschaft und im Postpartum?

2.2 Hypothesen

Basierend auf der vorangegangenen Literaturrecherche auf dem Gebiet bipolarer Störungen, Rauchen und Schwangerschaft lassen sich folgende Hypothesen aufstellen:

- Der Anteil der Raucherinnen unter den bipolaren Patientinnen ist höher als jener der gesunden Kontrollen.
- Unter den bipolaren Patientinnen befinden sich in der Schwangerschaft im Vergleich mehr Raucherinnen als unter den gesunden Kontrollen.
- Bipolare Patientinnen haben größere Schwierigkeiten bei der Nikotinentwöhnung nach Bekanntwerden der Schwangerschaft als gesunde Kontrollen.

- Der Anteil der Frauen, die nach der Schwangerschaft wieder zu rauchen beginnen, ist unter bipolaren Patientinnen größer als unter den gesunden Kontrollen.
- Frauen, die während der ersten Schwangerschaft geraucht haben, waren zu diesem Zeitpunkt jünger als Frauen, die nicht geraucht haben.

Themenübergreifende Hypothesen:

- Ein großes Maß an sozialer Unterstützung wirkt sich positiv aus auf die Abstinenz in der Schwangerschaft.
- Ängstlichere Frauen rauchen eher in der Schwangerschaft als Frauen, die nicht von Angst betroffen sind.

2.3 Klinische Relevanz

Die zukünftige klinische Relevanz meines speziellen Teils der Studie besteht darin, dass, sollte sich unsere Hypothese- „Unter den bipolaren Patientinnen befinden sich in der Schwangerschaft im Vergleich mehr Raucherinnen als unter den gesunden Kontrollen“- bestätigen, spezielle Rauchentwöhnungsprogramme für eben diese Patientinnengruppe von Nöten wären. Die Patientinnen würden in diesem Fall bedingt durch ihre Erkrankung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als gesunde Mütter Nikotin in der Schwangerschaft konsumieren. Spezielle Beratung und Rauchentwöhnungsprogramme bezögen diesen Faktor mit ein und hätten dadurch mit Sicherheit eine größere Erfolgsquote.

Auch dass die Rekrutierung der befragten Frauen in der Steiermark bzw. dem Burgenland stattgefunden hat, ist meiner Meinung nach von Relevanz. Es spiegeln sich hierin möglicherweise auch spezifische regionale Gegebenheiten wieder.

3 Material und Methoden

3.1 Ablauf der Studie

3.1.1 SKID

Es wird eine psychiatrische Anamnese mittels etwas verkürztem SKID-I (Wittchen, Wunderlich, & Gruschwitz, 1997) durchgeführt. Das SKID-I dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im DSM-IV auf Achse I definiert werden. Außerdem werden Kodierungsmöglichkeiten für die Beurteilung von Achse III (körperliche Störungen) und Achse V (Psychosoziales Funktionsniveau) angeboten. Alle Diagnosen werden im Längs- und Querschnitt sowie mit Zusatzinformationen über Beginn und Verlauf erhoben. Folgende DSM-IV-Diagnosen können im SKID-I auf Achse I beurteilt werden: Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch Psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

3.1.2 Der Fragebogen

3.1.2.1 Allgemeine Beschreibung

Weiter wurde ein selbst erstelltes deskriptives Interview zum Verlauf von SS und PP und der Fragebogen zur Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren (PPPR) mit den Frauen durchgeführt. (Steinhausen, 2009)

Darauf folgten die speziellen Interviewteile (siehe Aufzählung unten), deren Einfluss auf Geburt, Wochenbett und den Verlauf der bipolaren Störung untersucht wurde. Ich beschreibe nur jene Teile kurz, welche unmittelbar für meine Berechnungen von Relevanz sind, die anderen seien lediglich erwähnt.

Die verschiedenen Abschnitte des Fragebogens sind:

- Teil 2: „State“ und „Trait“ Ängste:
Mittels des State-Trait-Angstinventars (STAI) von Laux et al. (Laux, Glanzmann, Schaffner, & Spielberg, 1981) soll Angst als Eigenschaft und Angst als Zustand identifiziert werden. Das Inventar ist ein Messinstrument für die Ängste einer Person. In unseren Befragungen verwendeten wir den Trait-Teil, jenen, der auf Angst als Eigenschaft eingeht.
- Teil 3: Psychosoziale Stressoren und Life-events
- Teil 4: Persönlichkeitszüge und Neurotizismen
- Teil 5: Alkoholabusus, Substanzmißbrauch, Nikotinabusus
Dieser Teil enthält Fragen, die sich mit dem Konsum von Nikotin vor, während und nach der Schwangerschaft beschäftigen. Er beinhaltet auch Fragen, die sich mit dem (subjektiv wahrgenommenen) Effekt von Nikotin auf mögliche Nebenwirkungen der Psychopharmaka befassen. Das Bewusstsein der Mutter für die schädliche Wirkung auf das Ungeborene bzw. das Neugeborene wird ebenfalls abgefragt.
- Teil 6: Copingstrategien
- Teil 7: Partnerschaft und psychosoziale Unterstützung:
Zum Erfragen dieser Faktoren werden die Paarklimaskalen (PKS) von (Schneewind & Kruse, 2002) und der F-Sozu (Fydrich, Sommer, & Brähler, 2007) herangezogen. Der F-Sozu soll das Vorhandensein von psychosozialer Unterstützung abbilden.
- Teil 8: Teratologisches Wissen bei Bipolaren Patientinnen

3.1.2.2 Spezieller Teil: Rauchen in der Schwangerschaft

Bei den Fragen zum Rauchverhalten handelt es sich um selbst erstellte Fragen, also nicht um einen vorgegebenen Fragebogen. Die Teilnehmerinnen werden gebeten, folgende Punkte zu beantworten:

1) Rauchstatus:

In anderen Studien wird häufig der Fagerström-Test (Bleich et al., 2002) zur Detektion des Grades der Nikotinabhängigkeit verwendet, auf welchen wir aber verzichtet haben. Bei der Befragung zum Rauchstatus vor der ersten Schwangerschaft wird nur zwischen Raucherin, Nichtraucherin und Gelegenheitsraucherin unterschieden. Weiter werden die Patientinnen

und Probandinnen zu ihrem aktuellen Rauchstatus befragt. Uns interessiert, ob sich unter den Patientinnen mehr Raucherinnen befinden als unter den gesunden Kontrollen. Wenn man sich an Ergebnissen zahlreicher Publikationen orientiert, könnte man erwarten, dass der Anteil unter den Patientinnen höher ist. (Lasser, Boyd, & Woolhandler, 2000) (Post & Altshuler, 2009) (Hughes, Hatsukami, & Mitchell, 1986)

2) Persistenz des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft:

Weiter würden wir von den Teilnehmerinnen gerne wissen, ob sie nach Bekanntwerden der Schwangerschaft weiterhin Nikotin konsumiert haben. Im Fall vieler bipolarer Patientinnen würden wir erwarten, dass sie, je nach Ausprägung der Erkrankung zur Zeit des Schwangerschaftsbeginns dem Konsum treu bleiben, da sie im Vergleich zu psychisch gesunden Schwangeren vermehrtem Stress ausgesetzt sind, der sich mit dem gewohnten Suchtmittel etwas leichter ertragen lässt. Ob jene Frauen, die in der Schwangerschaft nicht mit dem Rauchen aufhören, ihren Konsum zumindest einschränken ist eine weitere wichtige Frage (Frage 4a). Psychisch Kranken fällt es häufig schwerer als psychisch gesunden Rauchern den Nikotinkonsum einzustellen bzw. einzuschränken. Obwohl häufig nachgewiesen wurde, dass gerade diese Menschen vermehrt von Nikotinabusus betroffen sind, wird bei ihrer ärztlichen und therapeutischen Betreuung die Beratung bezüglich einer Entwöhnungsbehandlung und die Unterstützung dabei oft versäumt. (Lasser, Boyd, & Woolhandler, 2000) (Himmelhoch & Daumit, 2003)

3a) Einsatz möglicher Entwöhnungsbehandlungen:

Frauen, die es geschafft haben, bei Bekanntwerden der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufzuhören, werden gefragt, ob sie Entwöhnungsbehandlungen genutzt haben, um die Abstinenz zu erreichen. Hier würde man annehmen, dass es auch Unterschiede zwischen Probandinnen und Patientinnen gibt.

3b) Fortsetzen des Rauchverhaltens in der Postpartum-Periode:

Einige Studien zeigen, dass, obwohl es doch einige Frauen schaffen, in der Schwangerschaft kein Nikotin zu konsumieren, ein Großteil von ihnen nach der Geburt wieder damit anfängt. (Mullen, Quinn, & Ershoff, 1990) (Fingerhut, Kleinman, & Kendrick, 1990) (Vesga-Lopez, Blanco, & Keyes, 2008)

Besonders unter den bipolaren Patientinnen würde ich den Prozentsatz größer einschätzen, weil die Postpartum-Periode eine sehr vulnerable Phase darstellt und sich Raucherinnen

bei Auftreten einer weiteren bipolaren Episode in dieser Zeit eventuell eine Symptomlinderung durch den Nikotinkonsum erhoffen.

4a) Einschränkung des Nikotinkonsums:

Von den Frauen, die es nicht geschafft haben, ihren Konsum einzustellen, erfragen wir, ob sie diesen reduziert haben.

4b) Mögliche Auswirkungen von Nikotin auf Nebenwirkungen der Psychopharmaka:

Frage 4b beschäftigt sich mit den Auswirkungen des Rauchens auf Nebenwirkungen der Psychopharmaka während der Schwangerschaft oder Stillperiode. Es ist erwiesen, dass Nikotin Einfluss auf den Metabolismus von Antipsychotika hat und so deren Wirkung verkürzt. (Benkert & Hippus, 2007)

Mit dieser Frage würden wir gerne erheben, ob die Patientinnen das Gefühl hatten, unerwünschte Nebenwirkungen ihrer Medikamente durch das Rauchen ein wenig modulieren zu können. Es handelt sich dabei natürlich um eine rein subjektive Erhebung, die aber, sollten die Ergebnisse in eine bestimmte Richtung weisen, vielleicht in Folgestudien mit objektiven Mitteln weiterverfolgt werden sollte.

4c) Wahrnehmung des möglichen Schadens für das Kind:

Frage 4c soll beantworten, in wie fern sich die werdende Mutter über den möglichen Schaden für das Un- bzw. Neugeborene im Klaren ist. Viele Mütter, die vielleicht in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhören, fangen in der Stillzeit wieder damit an, ohne dass ihnen bewusst ist, dass der passive Nikotinkonsum, sei es durch Passivrauch oder über den Weg der Muttermilch, eine Gefahr für ihr Kind darstellt. (Fingerhut, Kleinman, & Kendrick, 1990)

Ob unterschiedliche Antworttendenzen zwischen Probandinnen und Patientinnen bestehen, bleibt abzuwarten.

3.2 Die Teilnehmerinnen

3.2.1 Rekrutierung der Patientinnen

Zum Einen wurden Patientinnen rekrutiert, die im Zeitraum bis 31.04.2009 im Universitäts- Klinikum Graz oder der Landesnervenlinik Sigmund-Freud bzw. in einem mittels Medocs einsehbaren Krankenhaus die Diagnose bipolare Störung erhalten haben (suche über Medocs-System durch das Institut für Medizinische Informatik der Medizinischen Universität Graz (MUG): ICD 10: F30, F31, F34.0, F25; ICD 9: 295.7, 296.0, 296.2-296.6). Die Patientinnen wurden telefonisch kontaktiert und über den Ablauf der Studie aufgeklärt, bei Einwilligung zur Teilnahme und Erfüllen der Einschlusskriterien wurde ein Termin in der Ambulanz der Univ.-Klinik für Psychiatrie vereinbart.

Zum Anderen hielt man sich an Patientinnen mit der Diagnose der bipolaren Störung, die in der Steiermark und im Burgenland bei niedergelassenen Fachärzten bzw. Wahlärzten für Psychiatrie, Psychosozialen Zentren und anderen privaten psychiatrischen Kliniken (Psychosomatische Klinik Bad Aussee, St. Radegund, Barmherzige Brüder,...) in Behandlung stehen. Um den Datenschutz der Patientinnen zu wahren, wurden diese Ärzte bzw. Zentren informiert und gebeten ein Schreiben an alle Patientinnen mit der Diagnose der bipolaren Störung zu senden. In diesem Schreiben wurde die Studie kurz erklärt und die Patientinnen wurden gebeten, bei Interesse an der Teilnahme, das Studienteam telefonisch zu kontaktieren, um einen Termin an unserer Klinik zu vereinbaren.

Bei diesem persönlichen Kontakt wurde der Patientin nochmals der Ablauf der Studie erklärt und die schriftliche Einwilligung eingeholt.

3.2.1.1 Einschlusskriterien

Patientinnen mussten, um in die Studie eingeschlossen zu werden, alle der folgenden Kriterien erfüllen:

1. Weibliches Geschlecht

2. Diagnose einer bipolaren Störung (unabhängig vom Zeitpunkt der Diagnose), schizoaffective Störung?
3. Wohnsitz in der Steiermark oder im Burgenland
4. Mindestens eine Lebendgeburt
5. Mindestens 18 Jahre alt

3.2.1.2 Ausschlusskriterien

Folgende Umstände führten zum Ausschluss an der Studie:

1. Die Patientin ist mit der Teilnahme an der Studie nicht einverstanden. Die Gründe hierfür sollen erfragt werden, um eventuelle Bias miterfassen zu können:
 - a. Ich fühle mich zu krank/ bin gerade in stationärer Behandlung, um an der Studie teilzunehmen
 - b. Ich habe keine Zeit/ wohne zu weit weg/ habe keine Fahrgelegenheit, um an der Studie teilzunehmen
 - c. Ich bin nicht bereit wegen meiner Erkrankung an einer Studie teilzunehmen bzw. andere ethische Bedenken bezüglich der Studie
 - d. Andere als oben genannte Gründe
 - e. Keine Angabe
2. Es kann kein Kontakt mit der Pat. hergestellt werden, da die vorliegenden Kontaktdaten nicht mehr aktuell sind/ es keine Kontaktdaten gibt
3. Die Patientin ist mittlerweile verstorben
4. Die Patientin ist so schwer krank, dass ein Interview nicht möglich ist
5. Die Patientin erklärt sich mit der Teilnahme einverstanden, erscheint aber mehrmals nicht zum vereinbarten Termin
6. Das Interview muss abgebrochen werden, da mit der Patientin kein geordnetes Gespräch geführt werden kann
7. Eine aktuelle Schwangerschaft oder Geburt vor weniger als einem Jahr wird nicht in die Studie mit einbezogen
8. Eine Verständigung mit der Patientin ist aufgrund nicht ausreichender Deutschkenntnisse nicht möglich.
9. Die Diagnose bipolare Störung kann im klinischen Interview nicht verifiziert werden.

10. Im klinischen Interview wird eine momentan manifeste schwere Depression, Manie, Psychose diagnostiziert

11. Bei der Patientin besteht zum Zeitpunkt der Untersuchung akute Suizidalität

12. Die Patientin leidet zum Zeitpunkt der geplanten Untersuchung an einer organisch bedingten psychischen Störung (z.B. Delir, Demenz, etc.).

3.2.2 Die Kontrollgruppen

3.2.2.1 Kontrollgruppe 1

Dieser Kontrollgruppe gehören Frauen an, bei denen eine bipolare Störung diagnostiziert wurde, die jedoch bis zum Zeitpunkt der Befragung keine Schwangerschaft vorwies.

Einschlusskriterien:

Die Einschlusskriterien hierbei waren:

1. Weibliches Geschlecht
2. Diagnose der bipolaren Störung
3. Wohnsitz in der Steiermark oder im Burgenland
4. Kein Kind bzw. keine Schwangerschaft in der Anamnese
5. Mindestens 18 Jahre alt

3.2.2.2 Kontrollgruppe 2

Die gematchte Kontrollgruppe der gesunden Mütter sollte ähnliches Alter, ähnlichen sozialen Status und annähernd gleiches Alter der Kinder aufweisen.

Einschlusskriterien:

Die Einschlusskriterien waren:

1. Weibliches Geschlecht
2. Keine schwere psychiatrische Erkrankung in der Anamnese
3. Wohnsitz in der Steiermark oder im Burgenland
4. Mindestens eine Lebendgeburt
5. Mindestens 18 Jahre alt

Rekrutierung:

Die gesunden Kontrollpersonen wurden hauptsächlich aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis der Mitarbeiter der Studie rekrutiert.

4 Ergebnisse

Bis zum Zeitpunkt der ersten vorläufigen Berechnungen, welche meine Diplomarbeit umfasst, konnten wir insgesamt 14 Patientinnen mit Kind und 62 gesunde Kontrollpersonen mit Kind für die Teilnahme an der Studie gewinnen. Von der Kontrollgruppe der bipolaren Patientinnen ohne Kind konnte keine Person in die Berechnungen eingeschlossen werden. (siehe Tabelle 3)

TN_GR					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Bipolar mit Kind	14	18,4	18,4	18,4
	Kontrollgr uppe	62	81,6	81,6	100,0
	Gesamt	76	100,0	100,0	

Tabelle 3: Die beiden Gruppen der Studienteilnehmerinnen

4.1 Soziodemographische Daten

Ich möchte mit ein paar allgemeinen Daten unserer Stichprobe beginnen. Von 13 Patientinnen war das Alter bekannt. Dieses lag im Mittel bei 44,4 Jahren (SD=8,25165). Das durchschnittliche Alter in der Kontrollgruppe lag bei 47,6 Jahren (SD=11,68104). Tabelle 4 bietet einen kleinen Überblick über die Altersverteilung.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bipolar mit Kind	13	30	53	44,3846	8,25165
Kontrollgruppe	62	24	85	47,5645	11,68104

Tabelle 4: Altersdurchschnitt der beiden Gruppen

Von 12 Patientinnen ist das Alter zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes bekannt. Es liegt im Durchschnitt bei 23,7 Jahren (SD=4,67748). Das durchschnittliche Alter in der Kontrollgruppe für diesen Zeitpunkt liegt bei 26,1 Jahren (SD=5,15346). (siehe Tabelle 5)

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bipolar mit Kind	12	17	34	23,6667	4,67748
Kontrollgruppe	60	16	36	26,1333	5,15346

Tabelle 5: Durchschnittliches Alter der beiden Gruppen zum Zeitpunkt der ersten Geburt

Von allen Patientinnen ist der höchste Ausbildungsgrad bekannt. Bei 21,4% dieser war dies die Pflichtschule, bei 35,7% die Fach-/Handelsschule und bei jeweils 21,4% die Matura und die Hoch-/Fachhochschule (Abbildung 6).

Von allen Kontrollpersonen schlossen 19,4% ihre Ausbildung mit der Pflichtschule, 21% mit einer Fach-/Handelsschule, 24,2% mit der Matura und 35,5% mit einer Hoch- bzw. Fachhochschule ab (Abbildung 7).

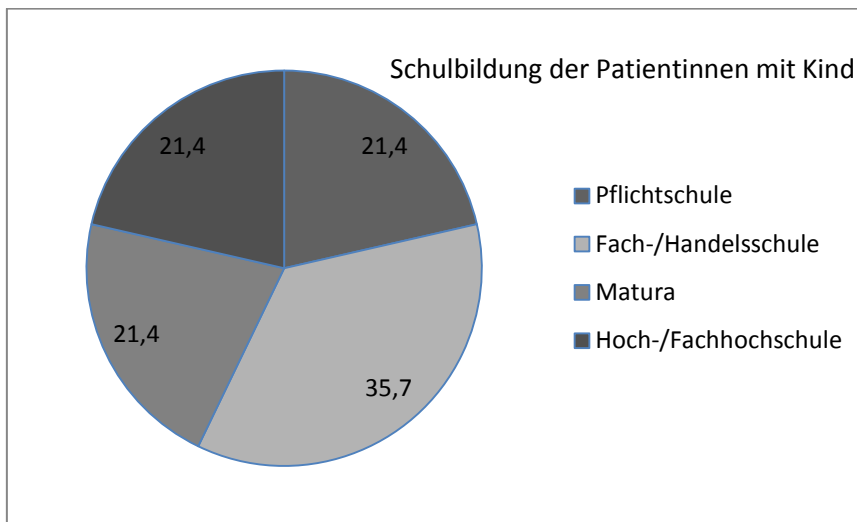


Abbildung 6: Höchster Ausbildungsgrad der Patientinnen (Prozentzahlen)

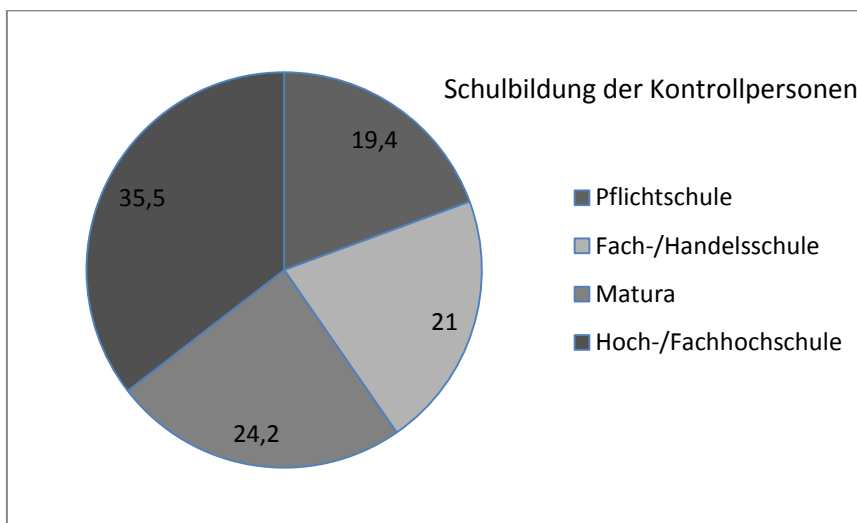


Abbildung 7: Höchster Ausbildungsgrad der Kontrollpersonen (Prozentzahlen)

4.2 Rauchstatus

Von 14 bipolaren Müttern rauchen zurzeit 3 regelmäßig (21,4%) (bei zwei Frauen fehlt die Antwort). Von den 62 gesunden Kontrollpersonen rauchen 8 (12,9%) regelmäßig (siehe Tabelle 6).

Rauchen Sie zurzeit?				
	bipolar mit Kind		Kontrollgruppe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
ja	3	21,4	8	12,9
nein	9	64,3	54	87,1

Tabelle 6: Rauchstatus der beiden Gruppen

Mit Hilfe des exakten Tests nach Fisher haben wir versucht, Unterschiede zwischen den beiden Teilnehmergruppen bezüglich des Rauchstatus herauszufiltern. Mit einem Wert für $p=0,371$ war das Ergebnis nicht signifikant, das heißt, dass sich der Anteil der Raucherinnen in der Gruppe der bipolar Erkrankten und in der Kontrollgruppe nicht unterscheidet. Unter den Teilnehmerinnen unserer Studie gab es also beim Anteil der Raucherinnen keine gruppenspezifischen Unterschiede.

4.3 Rauchen vor der Schwangerschaft

Von den 8 bipolaren Patientinnen, die diese Frage beantwortet haben, haben 3 (21,4%) vor der Schwangerschaft geraucht, 5 (35,7%) waren Nichtraucher. Unter den 35 gesunden Kontrollen, die die Frage beantworteten, rauchten 13 (21%) vor der SS regelmäßig, 22 (35,5%) taten dies nicht. Von den restlichen Personen waren keine Angaben vorhanden. Abbildung 8 und Abbildung 9 geben einen graphischen Überblick über die Verteilungen in den beiden Gruppen.

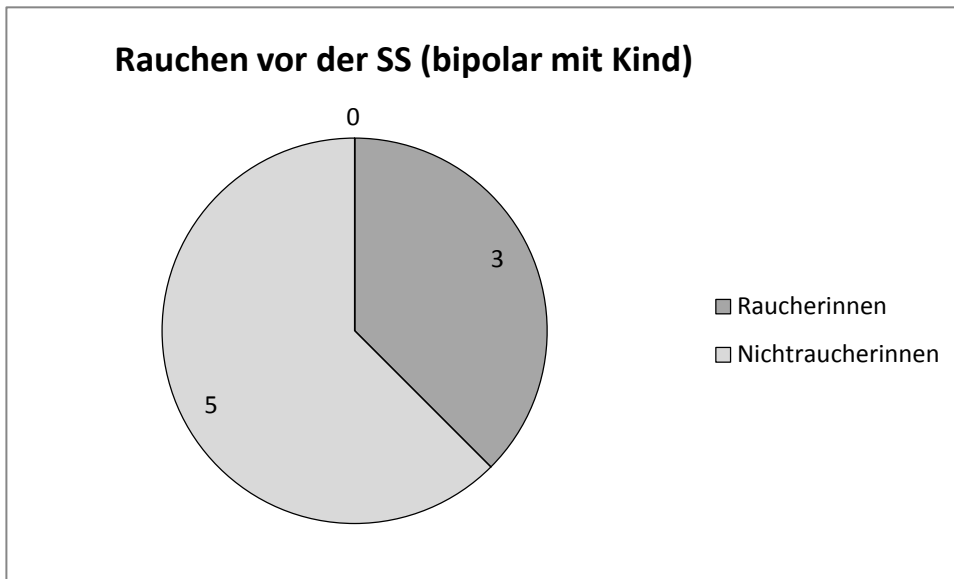


Abbildung 8: Rauchen vor der SS bei bipolaren Patientinnen (absolute Zahlen)

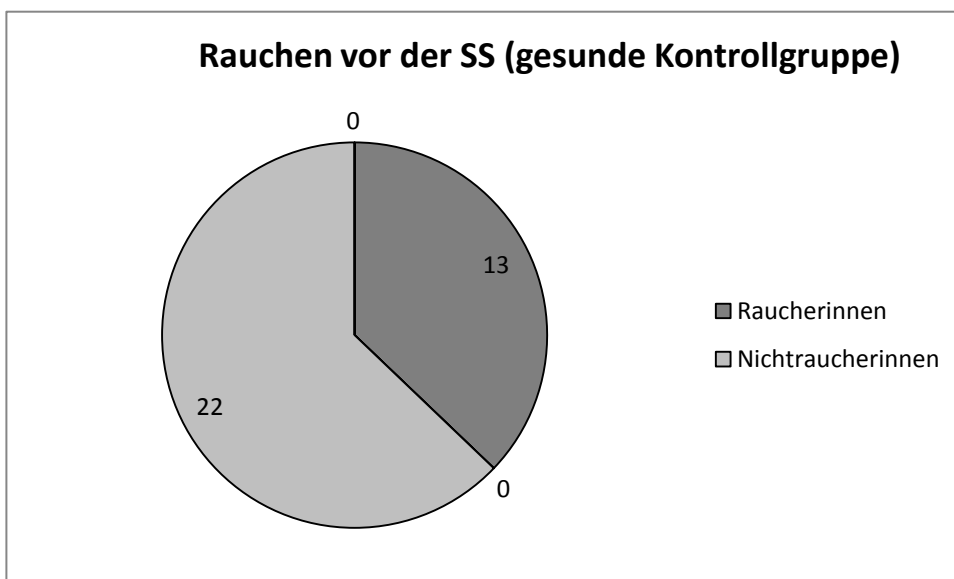


Abbildung 9: Rauchen vor der SS in der gesunden Kontrollgruppe (absolute Zahlen)

4.4 Rauchstatus in der Schwangerschaft

Nur eine Patientin (7,1%) rauchte in der SS, 12 Patientinnen (85,7%) beantworteten die Frage auf Nikotinkonsum in der SS mit nein. 5 der gesunden Mütter (8,1%) haben nach Bekanntwerden der SS weiterhin Nikotin konsumiert. 41 (66,1%) waren in dieser Zeit Nichtraucher (siehe Abbildung 10). Leider fehlen auch hier die Daten einiger Personen.

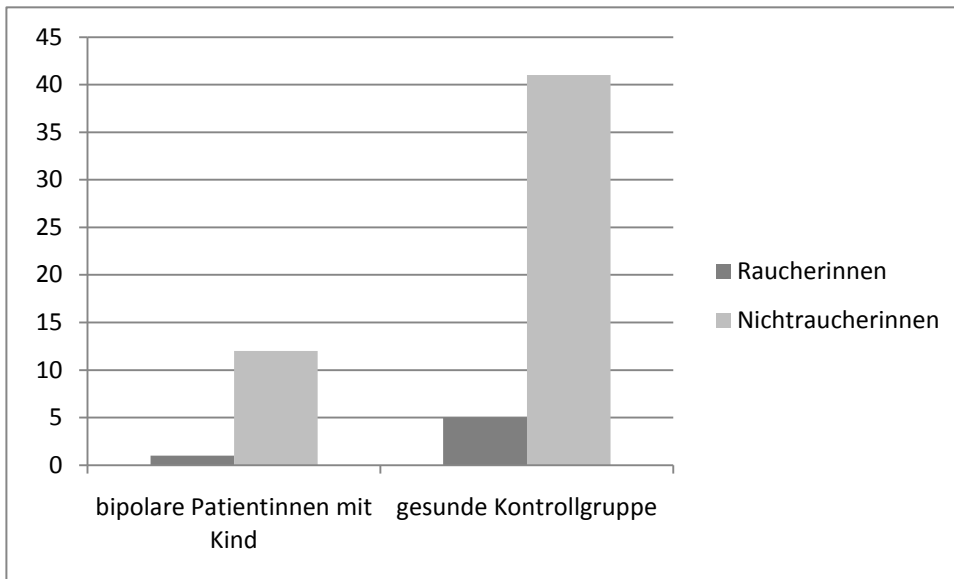


Abbildung 10: Rauchen in der SS unter bipolaren Patientinnen und gesunden Frauen (absolute Zahlen)

Alle Frauen, die angaben, in der Schwangerschaft geraucht zu haben, haben in dieser Zeit den Konsum reduziert.

4.5 Erneuter Beginn nach der Schwangerschaft

In unserer größtmäßig recht begrenzten Stichprobe befand sich keine Frau, die nach der SS wieder mit dem Rauchen begonnen hat (Tabelle 7). Zu einem späteren Zeitpunkt sind hierzu sicher andere Ergebnisse zu erwarten, denn vorangegangene Studien (Fingerhut, Kleinman, & Kendrick, 1990) (Mullen, Quinn, & Ershoff, 1990) ergaben, dass die Rückfallhäufigkeit bezogen auf den Nikotinkonsum nach der Schwangerschaft stark erhöht ist. Da die Rauchenzahlen unter bipolaren Patienten in manchen Quellen mit 70-80% angenommen werden, könnte man annehmen, dass bipolare Mütter nach der Schwangerschaft mit einer höheren Wahrscheinlichkeit erneut zur Zigarette greifen. Um diese Hypothese zu bestätigen ist aber eine größere Anzahl von Probandinnen nötig.

Haben Sie nach der Schwangerschaft (und in der Stillperiode) wieder mit dem Rauchen begonnen?				
	bipolar mit Kind		Kontrollgruppe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
nein	8	57,1	33	53,2

Tabelle 7: Erneuter Konsum nach der SS bei bipolaren Patientinnen

4.6 Entwöhnungsbehandlung

Weder in der Gruppe der bipolaren Patientinnen noch in der Kontrollgruppe gab es Frauen, die sich einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen hätten (Tabelle 8). Auch hier ist meiner Meinung nach die Stichprobengröße mit ausschlaggebend für dieses Ergebnis.

Haben Sie aufgrund der Schwangerschaft eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung gemacht?				
	bipolar mit Kind		Kontrollgruppe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
nein	10	71,4	35	56,5

Tabelle 8: Entwöhnungsbehandlung aufgrund der Schwangerschaft

4.7 Kontrolle der Nebenwirkungen der Psychopharmaka durch den Nikotinkonsum

Bei der Frage, ob die Patientinnen das Gefühl hatten, die Nebenwirkungen der Psychopharmaka durch den Konsum von Nikotin besser kontrollieren zu können, kamen wir leider ebenfalls zu keiner Aussage. Lediglich eine Patientin hatte angegeben, in der Schwangerschaft geraucht zu haben. Diese hatte nicht das Gefühl, die Nebenwirkungen der Pharmaka besser kontrollieren zu können.

4.8 Schaden am Kind

Wir stellten die Frage, ob die Mütter, die in der Schwangerschaft bzw. in der Stillzeit geraucht haben, nach der Schwangerschaft und in der Stillzeit das Gefühl hatten, ihrem Kind durch den Konsum von Nikotin zu schaden. Eine bipolare Patientin hatte das Gefühl, ihrem Kind in der Stillzeit durch den Nikotinkonsum zu schaden. Dieselbe Antwort gab die Patientin für die Zeit der SS und Stillzeit. Eine Frau der Kontrollgruppe hatte in der Stillzeit das Gefühl, ihrem Kind mit dem Konsum zu schaden. Für die Zeit der Schwangerschaft und Stillzeit hatten 5 Frauen der Kontrollgruppe das Gefühl.

4.9 Soziale Unterstützung und Rauchen

Um zu sehen, ob es einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Rauchen in der Schwangerschaft gibt, hatten wir vor, den Mittelwert des WasU (Wert für wahrgenommene soziale Unterstützung) des F-Sozu-Fragebogens heranzuziehen.

Aufgrund der begrenzten Zahl an Frauen, die in der Schwangerschaft geraucht haben, macht es derzeit noch wenig Sinn, den Wert, für diesen Fall zu berechnen. Stattdessen haben wir den Mittelwert für Raucherinnen (derzeit) und Nichtraucherinnen (derzeit) aus beiden Gruppen berechnet.

Zum Vergleich zogen wir die Normwerte einer großen Stichprobe (n=1.987) heran. In dieser erreichten 50% der Teilnehmer Skalenwerte von 3,97-3,99 und darunter. Die restlichen 50% lagen oberhalb dieser Skalenwerte.

Die Berechnungen für unsere Probandinnen ergaben folgendes. Die Raucherinnen in der Gruppe der Patientinnen hatten einen Wert von 4,04 (SD=0,05), jene der Kontrollgruppe einen von 3,85 (SD=0,72).

Der Mittelwert unter den Nichtraucherinnen der Patientengruppe betrug 3,55 (SD=0,67) und jener der Nichtraucherinnen aus der Kontrollgruppe 3,94 (SD=0,58).

Tabelle 9, Tabelle 10, Tabelle 11 und Tabelle 12 geben einen Überblick.

bipolar mit Kind (Raucherinnen)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
sozu_w_mean	4,0484	0,05036	4,01	4,08

Tabelle 9

Kontrollgruppe (Raucherinnen)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
sozu_w_mean	3,8525	0,72289	3,01	4,93

Tabelle 10

bipolar mit Kind (Nichtraucherinnen)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
sozu_w_mean	3,5474	0,67258	2,44	4,5

Tabelle 11

Kontrollgruppe (Nichtraucherinnen)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
sozu_w_mean	3,9403	0,57513	2,59	5

Tabelle 12

4.10 Schulbildung und Rauchen

In Vorgängerstudien (LeClere et al. 1997) kam man zum Ergebnis, dass die Ausbildungsdauer eine Einflussgröße für das Rauchen in der Schwangerschaft darstellt. Ich möchte einen kleinen Überblick geben über die Verteilung der höchsten Ausbildungsgrade unter den Raucherinnen (Abbildung 11 und Abbildung 12) und Nichtraucherinnen (Abbildung 13 und Abbildung 14).

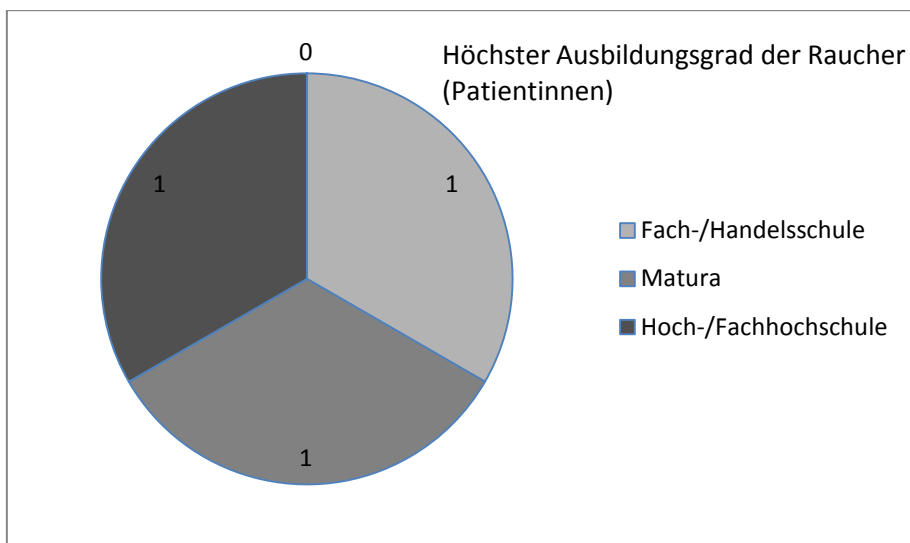


Abbildung 11: Höchster Ausbildungsgrad der Patientinnen, die zur Zeit rauchen

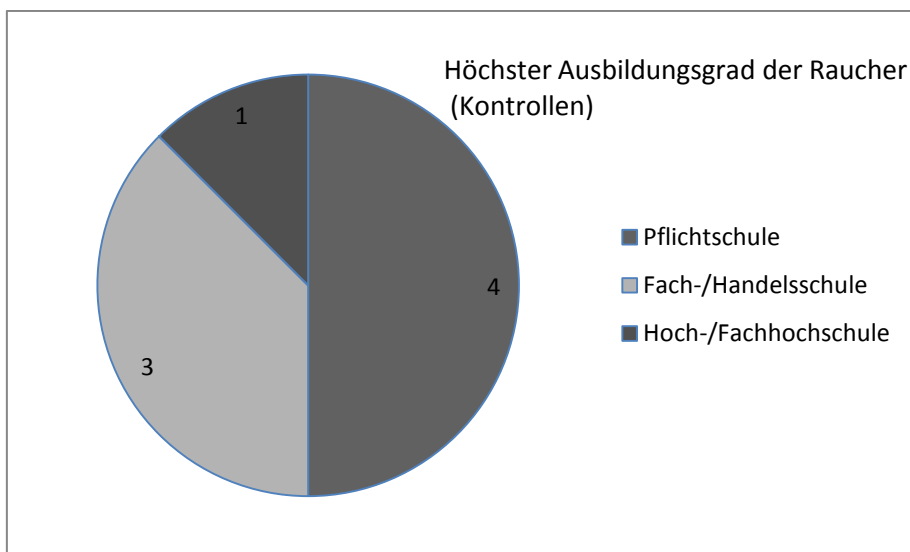


Abbildung 12: Höchster Ausbildungsgrad der Kontrollen, die zur Zeit rauchen

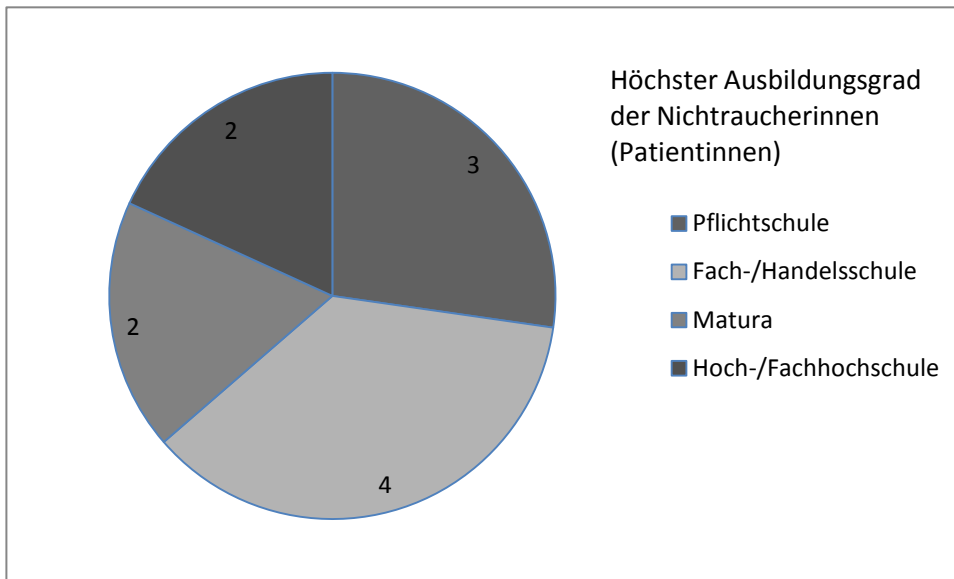


Abbildung 13: Höchster Ausbildungsgrad der Patientinnen, die zur Zeit nicht rauchen

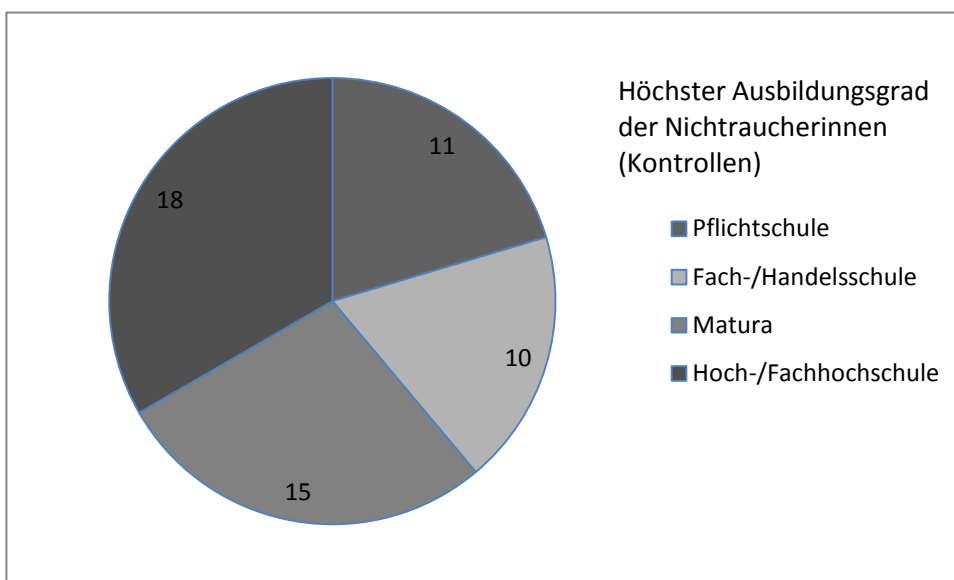


Abbildung 14: Höchster Ausbildungsgrad der Kontrollen, die zur Zeit nicht rauchen

4.11 Angst und Rauchen in der Schwangerschaft

Es war geplant, mit Hilfe des Fragebogens zu Ängsten (STAI), mögliche Zusammenhänge zwischen dem Rauchverhalten in der Schwangerschaft und der Angstintensität herauszufiltern. Dazu haben wir einen Gesamtwert des Fragebogens (stai_g) berechnet, der die Angst als Eigenschaft (Trait) der Teilnehmer darstellt. Die Skalenwerte reichen von 20 bis 80. Je höher die erreichten Werte sind, desto stärker ist die Angst zu bewerten.

In der Gruppe der bipolaren Patientinnen ergibt die Anzahl der Raucherinnen in der Schwangerschaft eins. Da dies vorerst wenig repräsentativ ist, haben wir zunächst die Mittelwerte der beiden Gruppen ermittelt. Für die Normwerte haben wir uns an einer Stichprobe von N=748 Frauen orientiert.

In der Gruppe der Patientinnen betrug der Mittelwert 41,36 (SD=19,41).

In der Kontrollgruppe betrug der Mittelwert für 34,77 (SD=10,28).

Abbildung 15 und Abbildung 16 stellen die Verteilungen in unseren beiden Gruppen dar.

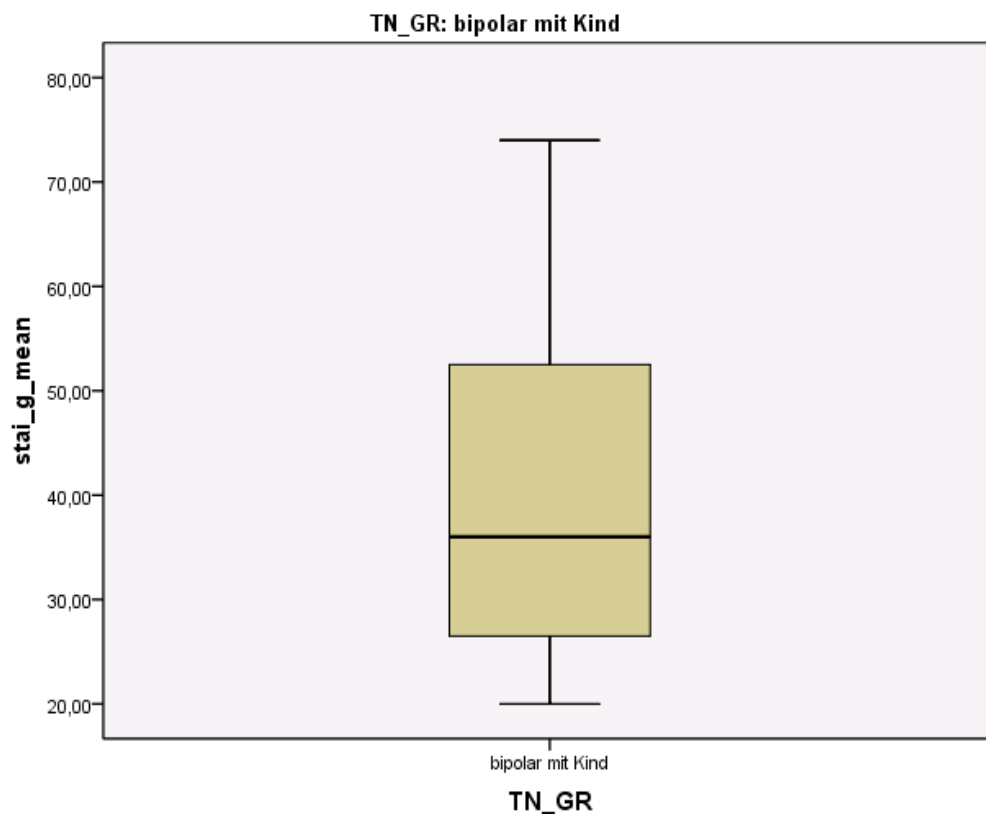


Abbildung 15: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung des stai_g in der Gruppe der Patientinnen

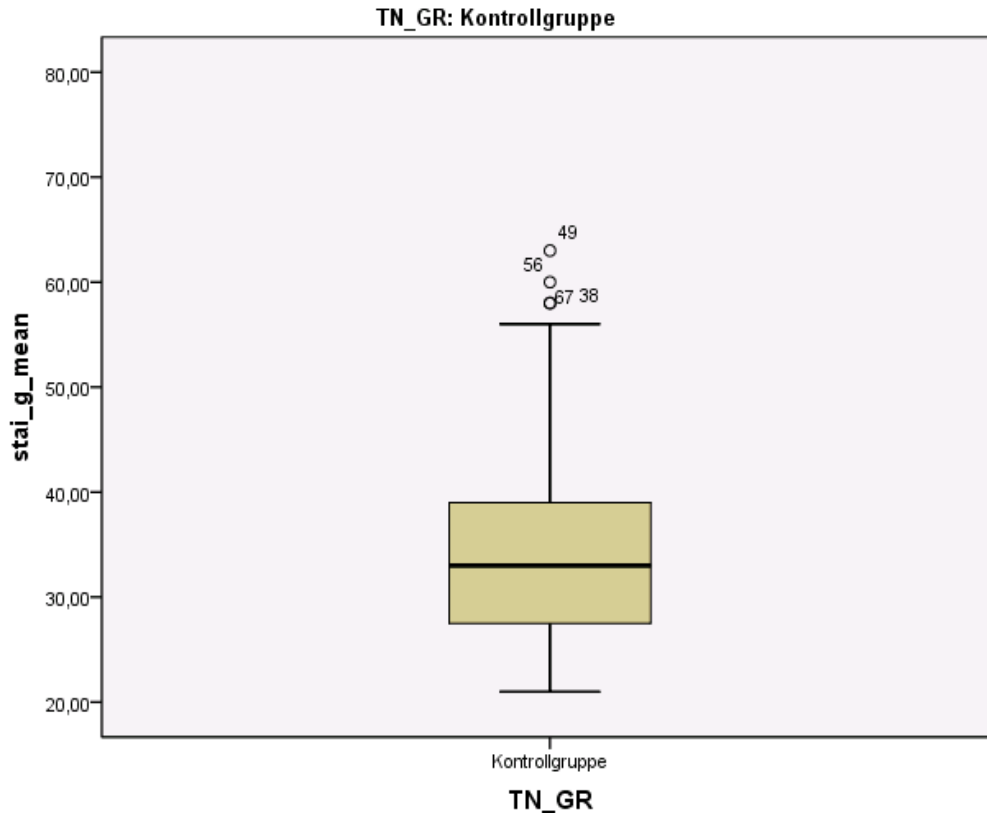


Abbildung 16: Boxplot-Diagramm zur Darstellung der Verteilung des stai_g in der Kontrollgruppe

Weiter haben wir versucht, die Mittelwerte der Raucherinnen und Nichtraucherinnen in den beiden Gruppen getrennt darzustellen (siehe Tabelle 13, Tabelle 14, Tabelle 15 und Tabelle 16).

Die Raucherinnen in der Gruppe der Patientinnen hatten im Mittel einen Wert von 23,5 (SD=4,95) und die Raucherinnen in der Kontrollgruppe einen Wert von 36,43 (SD=10,63). Die Nichtraucherinnen hingegen hatten in der Gruppe der Patientinnen einen Mittelwert von 46,78 (SD=14,71) und jene in der Kontrollgruppe einen von 35,06 (SD=10,48).

bipolar mit Kind (Raucherinnen)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
stai_g_mean	23,5	4,94975	20	27

Tabelle 13

Kontrollgruppe (Raucherinnen)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
stai_g_mean	36,4286	10,62791	24	56

Tabelle 14

bipolar mit Kind (Nichtraucherinnen)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
stai_g_mean	46,7778	14,71205	26	71

Tabelle 15

Kontrollgruppe (Nichtraucherinnen)				
	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
stai_g_mean	35,0556	10,48164	21	63

Tabelle 16

5 Diskussion

In diesem Teil möchte ich zuerst die Ergebnisse der ersten Berechnung etwas genauer besprechen und dann auf die Limitationen eingehen.

5.1 Rauchstatus

Die Frage, ob sich unter den befragten Patientinnen zurzeit mehr Raucherinnen befinden als unter den befragten Kontrollpersonen, scheint auf den ersten Blick, rein prozentuell, unsere Hypothese und Vorgängerstudien zu bestätigen. Unter den Patientinnen sind 21,4% Raucherinnen und unter den Kontrollen 12,9%. Es scheinen beinahe doppelt so viele Raucherinnen in der Gruppe der Patientinnen zu sein. Der exakte Test nach Fisher zeigt aber, dass das Ergebnis bei einem Vergleich der beiden Gruppen nicht signifikant ist. Bei so geringen Zahlen wäre es statistisch nicht richtig nur auf Prozentzahlen zu achten.

5.2 Rauchen vor, in und nach der Schwangerschaft

Was den Anteil der Raucherinnen vor der Schwangerschaft in den beiden Gruppen angeht, lässt sich prozentuell kein Unterschied erkennen. In beiden Gruppen haben rund 21% der Frauen vor der Schwangerschaft geraucht. Es ist jedoch nicht möglich, die beiden Gruppen wirklich miteinander zu vergleichen, da sie sich allein schon größenmäßig voneinander unterscheiden.

Dasselbe gilt für die Fragen über Rauchen in der Zeit der Schwangerschaft und danach. Es gab lediglich eine Patientin an, in der Schwangerschaft geraucht zu haben. In der Gruppe der gesunden Kontrollen waren es fünf Frauen.

Diese Ergebnisse sind derzeit noch nicht als endgültig zu betrachten und entsprechend auch nicht verwertbar, da es sich hierbei um präliminäre Vorauswertungen der ersten Daten handelt, die uns in erster Linie auf Trends hinweisen soll.

5.3 Soziale Unterstützung und Rauchen

Da nur eine Patientin in der Schwangerschaft geraucht hatte, entschlossen wir uns dazu, den Wert für die wahrgenommene soziale Unterstützung unter den derzeitigen

Raucherinnen und Nichtraucherinnen zu berechnen. Die rauchenden Patientinnen hatten nun im Mittel einen Wert von 4,04. Dies entspricht in der Vergleichsstichprobe einem Prozentrang von 53, was bedeutet, dass 53% der Stichprobe einen Wert gleich oder unter dem von uns berechneten erreichten. Die rauchenden Kontrollen hatten im Mittel einen Wert von 3,85, was dem Prozentrang von 43 entspricht- 43% der Vergleichsstichprobe hatten einen Wert gleich oder unter dem unserer rauchenden Kontrollen. Könnte man die beiden Gruppen direkt miteinander vergleichen, würde das bedeuten, dass die Raucherinnen unter den Patientinnen durchschnittlich einen höheren Wert an wahrgenommener sozialer Unterstützung haben als die Raucherinnen der Kontrollgruppe. Die Nichtraucherinnen unter den Patientinnen erreichten im Mittel einen WasU-Wert von 3,55, was einem Prozentrang von 29 entspricht. Dieser Wert lag bei den Nichtraucherinnen in der Kontrollgruppe im Mittel bei 3,94. Der Prozentrang hier wäre 47. Würde man die beiden Gruppen vergleichen, hieße dies, dass die Patientinnen, die zur Zeit nicht rauchen, einen geringeren Grad an wahrgenommener sozialer Unterstützung haben, als die Kontrollen, die zur Zeit nicht rauchen.

5.4 Angst und Rauchen

Wir berechneten den Angst-Trait-Wert für derzeitige Raucherinnen und Nichtraucherinnen.

Zuerst haben wir alle Teilnehmerinnen der beiden Gruppen herangezogen. Die Patientinnen hatten im Mittel einen Wert von 41,36, was in unserer Vergleichsstichprobe (N=748) einem Prozentrang von 69 entspricht. Die Kontrollpersonen hatten im Mittel einen Wert von 34,77, einem Prozentrang von 47 entsprechend. Dies würde bedeuten, dass die Patientinnen im Schnitt ängstlicher sind als die Frauen in der Kontrollgruppe. Die Raucherinnen unter den Patientinnen erreichten einen Mittelwert von 23,5. Dies entspricht einem Prozentrang von etwa 6. Die Raucherinnen unter den Kontrollen kamen im Mittel auf einen Wert von 36,43, einem Prozentrang von 51 entsprechend. In diesem Fall wären die rauchenden Patientinnen im Schnitt weniger ängstlich als die gesunden Kontrollen, die rauchen.

Ferner stellten wir die vorläufigen Ergebnisse der Nichtraucherinnen dar.

Die Nichtraucherinnen aus der Gruppe der Patientinnen hatten einen Mittelwert von 46,78, was einem Prozentrang von 84 entspricht. Die Nichtraucherinnen aus der Kontrollgruppe hatten einen Mittelwert von 35,06, was einem Prozentrang von 47 entspricht. In diesem

Fall wären die Patientinnen, die nicht rauchen, ängstlicher als die Frauen der Kontrollgruppe, die nicht rauchen.

Es bleibt noch einmal zu betonen, dass die Ergebnisse als erste Trends gewertet werden können, weitere Berechnungen aber abzuwarten sind.

5.5 Limitationen

Kurz möchte ich auf Limitationen eingehen, aber auch auf Punkte, die unsere Studie auszeichnen.

Es gibt mehrere Gründe, warum die Auswertungen, die wir bisher durchgeführt haben, recht limitiert sind. Einerseits bedienen sich die vorläufigen Berechnungen einer recht kleinen Stichprobe, besonders was die zu untersuchende Gruppe, die der Mütter mit bipolarer Erkrankung betrifft. Für diese Gruppe konnten wir bisher 14 Frauen rekrutieren. Noch dazu beschränkt sich die Anzahl der Frauen aus dieser Gruppe, die in der Schwangerschaft geraucht haben, auf eine Person. Die für diese Arbeit verwendeten Daten sind vorläufig. In diesem frühen Stadium der Studie können sich anhand der Ergebnisse maximal Trends abzeichnen.

Es sind weitere Interviews mit Patientinnen geplant, deren Ergebnisse zu einem späteren Zeitpunkt in neue Berechnungen einbezogen werden.

Nicht in jedem Fall ist es gelungen, die Patientinnen und Kontrollen in Alter, Ausbildungs- und Familienstand etc. zu matchen. Um die beiden Gruppen vergleichen zu können, müsste dies gewährleistet sein. Die Rekrutierung der Kontrollen erfolgte hauptsächlich aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis der Diplomandinnen. Bezüglich Alter, Ausbildungsstand, sozialer Schicht, Familienstand etc. wurden diese aber nicht mit den Patientinnen abgestimmt.

Was den speziellen Teil des Rauchens angeht, gibt es zur Zeit für die Schwangerschaft bei bipolaren Patientinnen keinen standardisierten Fragebogen. Wir haben deshalb hypothesengeleitet selbst einen Fragebogen entworfen, der sowohl allgemeine Fragen zum Rauchstatus enthält, als auch dezidiert auf Aspekte eingeht, die nur für Patientinnen im Zusammenhang mit Rauchen von Relevanz sind. Bis jetzt hat sich noch nie eine Studie in dieser Art mit der Thematik Rauchen in der Schwangerschaft bei Patientinnen mit bipolaren Störungen auseinandergesetzt.

Unsere Studie ist hinsichtlich des Designs und der aufwändigen Planung etwas Besonderes. Es wurde versucht, Themen, die rund um die Schwangerschaft eine Rolle für

die Mütter spielen aufzugreifen und Patientinnen auch nach krankheitsspezifischen Aspekten zu befragen, die Auswirkungen auf die Schwangerschaft und in meinem speziellen Teil auf das Rauchverhalten haben könnten. Unser umfangreicher Fragebogen deckt mögliche Risikofaktoren, aber auch protektive Faktoren ab, die Einfluss sowohl auf den Krankheitsverlauf als auch auf die Schwangerschaft und die Zeit danach haben. Das Hauptanliegen meines speziellen Teils der Studie sollte es sein, zu untersuchen, ob sich unter bipolaren Patientinnen im Vergleich zu psychisch gesunden Müttern sowohl in der Schwangerschaft als auch danach mehr Raucherinnen befinden. Auch wenn sich im Zuge dieser sehr frühen Berechnungen nur Trends ausmachen lassen, halte ich es für sehr wichtig, dass die Fragen, die wir uns im Rahmen dieser Studie zum Nikotinkonsum gestellt haben, weiter thematisiert und untersucht werden. Besonders die zentrale Frage, nämlich, ob bipolare Frauen in der Schwangerschaft eher rauchen als psychisch nicht betroffene Frauen, sollte bei einer größeren Stichprobe im weiteren Verlauf der Studie interessante Ergebnisse liefern.

5.6 Schlußwort

An dieser Stelle würde ich noch gerne auf meine Mitarbeit bei der Studie eingehen. Ich habe es als große Bereicherung empfunden, in meiner Diplomarbeit Teile einer laufenden Studie zu bearbeiten. Für mich persönlich war es ein erstes Kennenlernen der Prozesse wissenschaftlichen Arbeitens. Ich hatte die Möglichkeit, den gesamten Ablauf einer Studie von der Planung über die Ausführung hin zu Berechnung und Auswertung der Daten zu verfolgen und meinen Beitrag dazu zu leisten. Ich stellte Hypothesen auf, die es galt zu überprüfen und lernte auch die Schwierigkeiten kennen, die im Zuge einer so groß angelegten Studie auf das Forschungsteam zukommen, angefangen beim Rekrutieren der Patientinnen bis hin zu den Berechnungen. Persönlich besonders wichtig waren mir die Patientinnenkontakte beim Durchführen der Interviews. Ich bin der Meinung, dass Daten für eine Studie essentiell sind, es jedoch nur von Vorteil sein kann, zumindest einen kleinen Eindruck von den Menschen dahinter zu gewinnen. Zusammenfassend war die Mitarbeit an dieser Studie eine gute Erfahrung und Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten.

6 Literaturverzeichnis

- Adler, L., Hoffer, L., Wiser, A. & Freedman, R., 1993. Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, pp.1856-61.
- Ahluwalia, I., Mack, K. & Mokdad, A., 2004. Mental and physical distress and high-risk behaviors among reproductive-age women. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, September. pp.477-83.
- Amering, M. et al., 1999. Panic disorder and cigarette smoking behavior. *Comprehensive Psychiatry*, Jänner/ Feber. pp.35-38.
- Anon., 2010. *ChemIDplus*. [Online] Available at: <http://chem.sis.nlm.nih.gov/chemidplus/chemidlite.jsp> [Accessed 30 Oktober 2010].
- Baar, A.M. et al., 2008. Self-reported motivation to smoke in schizophrenia is related to antipsychotic drug treatment. *Schizophrenia Research*, pp.252-60.
- Benkert, O., 2009. *Psychopharmaka- Medikamente, Wirkung, Risiken*. München: H.C.Beck.
- Benkert, O. & Hippus, H., 2007. *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Berga, S.L., Parry, B.L. & Moses-Kolko, E.L., 2009. Psychiatry and Reproductive Medicine. In Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Vol. II)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp.2552-53.
- Bleich, S., Havemann-Reinecke, U. & Kornhuber, J., 2002. *Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA). Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Breslau, N. & Klein, D., 1999. Smoking and Panick Attacks- An Epidemiologic Investigation. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, Dezember. pp.1141-47.
- Castles, A. et al., 1999. Effects of Smoking during Pregnancy. *Am J Prev Med*, pp.208-15.
- Centers for Disease Control and Prevention, 2006. Tobacco use among adults- United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 6 November. pp.1145-48.
- Cohen, L. et al., 2006. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, pp.499-507.
- Conway, J.L.C., 2009. Exogenous nicotine normalises sensory gating in people with schizophrenia: Therapeutic implications. *Medical Hypothesis*, pp.259-62.
- Dejin-Karlsson, E. et al., 1996. Psychosocial Resources and persistent smoking in early pregnancy- a population study of women in their first pregnancy in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, pp.33-39.

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M., 2009. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7. Aufl.*. Bern: Huber.
- Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J. & Cohen, J., 1976. The Global Assessment Scale. A Procedure of measuring overall severity of psychiatric disturbance. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, pp.766-71.
- Evans, J. et al., 2001. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 4 August. pp.257-60.
- Fingerhut, L., Kleinman, J. & Kendrick, J., 1990. Smoking before, during and after pregnancy. *AJPH*, Mai. pp.541-44.
- Flick, L., Cook, C. & Homan, S., 2006. Persistent tobacco use during pregnancy and the likelihood of psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, Oktober. pp.1799-807.
- Freedman, R. et al., 1996. Inhibitory gating of an evoked response to repeated auditory stimuli in schizophrenic and normal subjects. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, pp.1114-21.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E., 2007. *Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Goff, D., Henderson, D. & Amico, E., 1992. Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry*, pp.1189-94.
- Goodwin, R., Keyes, K. & Simuro, N., 2007. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, April. pp.875-83.
- Harlow, B.L., Vitonis, A. & Sparen, P., 2007. Incidence of Hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, Jänner. pp.42-48.
- Himmelhoch, S. & Daumit, G., 2003. To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counseling? *Am J Psychiatry*, Dezember. pp.2228-30.
- Himmelhoch, S. & Lehman, A., 2004. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry*, Dezember. pp.2317-19.
- Hughes, J., Hatsukami, D. & Mitchell, J., 1986. Prevalence of smoking among among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, pp.993-97.
- Isensee, B., Wittchen, H.U. & Stein, M., 2003. Smoking increases the risk of panic. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, Juli. pp.692-700.
- Kahn, R., Certain, L. & Whitaker, R.C., 2002. A Reexamination of smoking before, during and after pregnancy. *American Journal of Public Health*, November. pp.1801-08.

- Kelly, C. & McCreadie, R., 1999. Smoking habits, current symptoms and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *Am J Psychiatry*, pp.1757-57.
- Lambert, M. et al., 2009. *Psychose*. [Online] Available at: www.psychose.de [Accessed 17 November 2010].
- Lasser, K., Boyd, W.J. & Woolhandler, S., 2000. Smoking and Mental Illness. *JAMA*, November. pp.2606-10.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberg, C.D., 1981. *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- LeClere, F. & Wilson, J., 1997. Smoking Behavior of Recent Mothers, 18-44 years of age, before and after pregnancy: United States, 1990. *Advance Data*, Juli. pp.1-11.
- Lenz, G. & Küfferle, B., 2008. *Klinische Psychiatrie*. Wien: Facultas.
- Marrs, C.R., Durette, R.T., Ferraro, D.P. & Cross, C.L., 2009. Dimensions of postpartum psychiatric distress: Preliminary evidence of broadening clinical scope. *Journal of affective disorders*, pp.100-11.
- Martin, C., Allan, R., Flemming, M. & Atkinson, J., 2008. Mood and smoking in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, pp.722-27.
- Minzberg, M., Poole, J. & Benton, C., 2004. Association of anticholinergic load with impairment of complex attention and memory in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, pp.116-24.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A., 2005. *Psychiatrie und Psychotherapie (3.Auflage)*. Stuttgart: Georg-Thieme.
- Mullen, P.D., Quinn, V. & Ershoff, D., 1990. Maintenance of nonsmoking postpartum by women who stopped smoking during pregnancy. *AJPH*, August. pp.992-94.
- Ostacher, M., Nierenberg, A. & Perlis, R., 2006. The Relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, Dezember. pp.1907-11.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R., 1962. *Hogrefe Testsystem*. [Online] Available at: <http://www.hogrefe-testsystem.com/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4dek01/e3118742178a11d58b620001028b2ad7/hb.htm> [Accessed 30 Oktober 2010].
- Pathkar, A. et al., 2002. Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, pp.604-10.
- Post, R. & Altshuler, L.L., 2009. Mood Disorders: Treatment of Bipolar Disorders. In Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Vol.I)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp.1797-801.

- Rabin, R., Sacco, K. & George, T., 2009. Correlation of prepulse inhibition and Wisconsin Card Sorting Test in schizophrenia and controls: Effects of smoking status. *Schizophrenia Research*, pp.91-97.
- Rothenhäusler, H.B. & Täschner, K.L., 2007. *Kompendium Praktische Psychiatrie*. Wien, New York: Springer.
- Salihu, H.M. & Wilson, R., 2007. Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. *Early Human Development*, pp.713-20.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Kugler, J., 2003. Disabilities, quality of life and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry*, September. pp.1670-76.
- Schneewind, K.A. & Kruse, J., 2002. *Die Paarklimaskalen (PKS)*. Bern: Huber.
- Shahul, E.H., Floyd, L.R. & Robert, M., 2000. Trends in Pregnancy- Related Smoking Rates in the United States. *JAMA*, pp.1987-96.
- Smith, R. et al., 2009. Cognitive and antismoking effects of varenicline in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, pp.149-55.
- Spearing, M. et al., 1997. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in Bipolar Illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res.*, 5 Dezember. pp.159-71. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9481807> [Accessed 30. Oktober 2010].
- Steinhausen, H.C., 2009. *Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Kanton Zürich*. [Online] Available at: www.kjpd.zh.ch [Accessed 27 November 2010].
- Teixeira, C., Figueiredo, B. & Conde, A., 2009. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of affective disorders*, pp.142-48.
- U.S. Department of Health and Human Services, 2006. *Centers of Disease Control and Prevention (CDC)*. [Online] Available at: <http://www.cdc.gov> [Accessed 30 Oktober 2010].
- Uhl, A., Bachmayer, S. & Kobrna, U., 2009. Chaos um die Raucherzahlen in Österreich. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, pp.4-13.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C. & Keyes, K., 2008. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, Juli. pp.805-15.
- Wagner, P. & Bräunig, P., 2004. *Psychoedukation bei bipolaren Störungen. Therapiemanual für Gruppen*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Waxmonsky, J., Thomas, M.R. & Miklowitz, D., 2005. Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: Data from the first 2000 participants in the systematic treatment enhancement program. *General Hospital Psychiatry*, pp.321-28.
- WHO- Department of Gender and Women's Health , 2003. *World Health Organization (WHO)*. [Online] Available at:

http://www.who.int/gender/documents/Gender_Tobacco_2.pdf [Accessed 30 Oktober 2010].

Wienberg, G., Schönemann-Wurmtaler, S. & Sibum, B., 1999. *Schizophrenie zum Thema machen - Manual und Materialien*, 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Wittchen, H.U., Wunderlich, U. & Gruschwitz, S., 1997. *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Zubin, J. & Spring, B., 1977. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, pp.103-26.

Anhang

Fragebogen zu Rauchen in der Schwangerschaft

1) Rauchen Sie zurzeit regelmäßig? (j/n)

2) Haben Sie nach Bekanntwerden der Schwangerschaft weiterhin Nikotin konsumiert?

(j/n) –bei Antwort = JA weiter zu Punkt 4. –bei Antwort = NEIN weiter zu Punkt 3.

3)

a) Haben Sie in diesem Fall aufgrund der Schwangerschaft eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung gemacht? (j/n)

b) Haben Sie nach der Schwangerschaft (und in der Stillperiode) wieder mit dem Rauchen begonnen? (j/n) (-bei Antwort JA weiter zu Punkt c) und d))

c) Hatten Sie das Gefühl, aufgrund des Nikotinkonsums während der Stillperiode die Nebenwirkungen der Psychopharmaka besser kontrollieren zu können? (j/n)

d) Hatten Sie das Gefühl, ihrem Kind durch den Nikotinkonsum während der Stillzeit zu schaden? (j/n)

4)

a) Haben Sie ihren Nikotinkonsum mit Beginn der Schwangerschaft eingeschränkt? (j/n)

b) Hatten Sie das Gefühl, aufgrund des Nikotinkonsums während der Schwangerschaft und Stillperiode die Nebenwirkungen der Psychopharmaka besser kontrollieren zu können? (j/n)

c) Hatten Sie das Gefühl, ihrem Kind durch den Nikotinkonsum während der Schwangerschaft und Stillzeit zu schaden? (j/n)

STAI-Fragebogen

STAI

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen.	FAST NIE	MANCHMAL	OFT	FAST IMMER
21. Ich bin vergnügt	1	2	3	4
22. Ich werde schnell müde	1	2	3	4
23. Mir ist zum Weinen zumute	1	2	3	4
24. Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten	1	2	3	4
25. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann	1	2	3	4
26. Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4
27. Ich bin ruhig und gelassen	1	2	3	4
28. Ich glaube, daß mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen	1	2	3	4
29. Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge	1	2	3	4
30. Ich bin glücklich	1	2	3	4
31. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen	1	2	3	4
32. Mir fehlt es an Selbstvertrauen	1	2	3	4
33. Ich fühle mich geborgen	1	2	3	4
34. Ich mache mir Sorgen über mögliches Mißgeschick	1	2	3	4
35. Ich fühle mich niedergeschlagen	1	2	3	4
36. Ich bin zufrieden	1	2	3	4
37. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich	1	2	3	4
38. Enttäuschungen nehme ich so schwer, daß ich sie nicht vergessen kann	1	2	3	4
39. Ich bin ausgeglichen	1	2	3	4
40. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke	1	2	3	4

F-Sozu- Fragebogen

Fragebogen S-54

F-SozU

Name/Code: _____

Datum: _____

Alter: _____ Geschlecht: m w

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („Trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft weder noch	trifft eher zu	trifft genau zu
1.	Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Meinen Freunden/Bekanntem ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Manche meiner Bekannten/Freunde nutzen meine Hilfsbereitschaft aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich fühle mich von wichtigen Personen abgelehnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Es gibt viele Situationen, in denen ich um praktische Hilfe gebeten werde (z. B. etwas erledigen, mit etwas aushelfen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Die meisten Leute, die ich kenne, haben eine bessere Beziehung zu ihren Freunden als ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Viele meiner Freunde/Angewandten haben eine ähnliche Einstellung zum Leben wie ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Wenn ich dringend und kurzfristig zu einem umliegenden Ort (ca. 20 km) muss, weiß ich, wen ich ohne Zögern bitten kann, mich dorthin zu fahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Ich könnte viel freier leben, wenn ich nicht immer auf meine Freunde/Familie Rücksicht nehmen müsste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ich habe Freunde/Angewandte, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gern ausgehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Nach manchen Gesprächen fühle ich mich wirklich besser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Ich habe Freunde/Angewandte, die mich auch einfach mal umarmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Wenn ich wirklich mal unter Stress stehe, werden mir auch mal Aufgaben abgenommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Ich brauche mehr Menschen, mit denen ich etwas gemeinsam unternehmen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Manchmal habe ich das Gefühl, dass alle etwas an mir auszusetzen haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angewandte bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Ich habe einen Menschen, mit dem ich mich auch sexuell gut verstehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Ort treffe ich zufällig Bekannte, mit denen ich erst mal ein Schwätzchen halte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft	trifft fast immer zu	trifft immer zu
23.	Ich wünschte, man würde mir nicht überall reinreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Ich kann Freunde/Bekannte bitten, mir bei Angelegenheiten (Behörden) zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Ich fühle mich in meinem Leben von Freunden/Angehörigen bedrängt und eingeengt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Ich habe einen mir vertrauten Menschen, mit dem ich alle persönlichen Dinge besprechen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Es gibt Menschen, bei denen ich vorübergehend wohnen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Ich werde oft um Rat gefragt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Oft denke ich, dass meine Freunde/Angehörigen zu viel von mir verlangen und erwarten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Mit meinen Interessen und Hobbys stehe ich ganz alleine da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	Meine Freunde/Angehörigen nehmen meine Gefühle nicht ernst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Es gibt Menschen, die mir ständig ein schlechtes Gewissen machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.	Über ganz intime Dinge kann ich eigentlich mit niemandem sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, der für mich gut erreichbar ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45.	Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und praktische Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	Meine Freunde/Angehörigen können nicht verstehen, dass ich auch mal etwas Zeit für mich allein brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.	Es gibt Menschen, die sich mit mir zusammen richtig wohlfühlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z. B. guter Arzt, Veranstaltungen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Es gibt Menschen, die sich mit wichtigen persönlichen Problemen an mich wenden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.	Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Oft wünsche ich mir, an einem Ort zu leben, wo mich keiner kennt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.	Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	Wichtige Personen versuchen mir vorzuschreiben, wie ich zu denken und zu handeln habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FSOZU Teil B

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Beziehungen zu Menschen, die Ihnen wichtig sind. Dies können z. B. Ehepartner, Familienangehörige, Kollegen, Freunde oder Nachbarn sein. Geben Sie bitte an, für welche Personen die jeweilige Frage zutrifft.

Bitte gebrauchen Sie bei Ihren Antworten

- für (Ehe-)Partner: das Wort „Partner“
- für Familienangehörige: die Verwandtschaftsbezeichnung (also z. B. „Mutter“ oder „Sohn“); bitte kennzeichnen Sie dabei unterschiedliche Personen mit gleicher verwandschaftlicher Beziehung (also z. B. „Tochter 1“, „Tochter 2“).
- für alle anderen Personen den Vornamen; sollten zufällig unterschiedliche Personen denselben Vornamen haben, verwenden Sie bitte zusätzlich eine Ziffer (z. B. Sabine 1, Sabine 2).
- Machen Sie bitte einen Strich, wenn Ihnen niemand zu der entsprechenden Frage einfällt.

Ein Beispiel:

Wer erfüllt Ihnen Ihre Wünsche?

Partner, Mutter, Stefan

Wer geht Ihnen manchmal auf die Nerven?

Johannes, Mutter

Bitte beziehen Sie sich auf die Zeit der 1. Schwangerschaft:

1. Von wem konnten Sie jederzeit praktische Hilfe bekommen?
2. Mit wem unternahmen Sie gerne etwas?
3. Wer nahm auch Mühen auf sich, um Ihnen bei größeren Schwierigkeiten zu helfen?
4. Wer mischte sich ständig in Ihre Angelegenheiten ein?
5. Wer war für Sie da wenn Ihnen zum Weinen zumute war?

6. Wer löste bei Ihnen unangenehme Gefühle aus?

7. Wem konnten Sie ganz vertrauen?

8. Wer verursachte bei Ihnen Angst oder machte Ihnen ein schlechtes Gewissen?

9. Mit wem zusammen fühlten Sie sich richtig wohl?

10. Wen wem fühlten Sie sich oft ausgenutzt?