

# **Diplomarbeit**

## **Schwangerschaft und Postpartum bei bipolarer affektiver Störung – Sucht in der Schwangerschaft und ihr Einfluss auf den Verlauf von Geburt und Postpartum-Periode**

eingereicht von

Julia Mlaker

Matrikelnummer: 0313278

zur Erlangung des akademischen Grades

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

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Graz**

unter der Anleitung von

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

Univ. Ass. Dr. Bernd Reininghaus

Graz, am

Unterschrift

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Julia Mlaker, erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Graz, am

Unterschrift.....

## **Danksagungen**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinen Betreuern Univ. Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer und Univ. Ass. Dr. Bernd Reininghaus für die Betreuung und Unterstützung bei der Anfertigung meiner Diplomarbeit.

Ein besonderer Dank gilt außerdem Univ. Ass. Dr. Eva Reininghaus und Mag. Karen Hecht, die mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind und mich bei meiner Arbeit tatkräftig unterstützt haben.

Weiters möchte ich mich bei Herrn Mag. Werner Fitz für die Hilfe bei der statistischen Auswertung der Daten bedanken.

Ein weiterer Dank gilt meiner Familie und Freundinnen, die in dieser Zeit viel Geduld aufgebracht haben und mir mit zahlreichen Tipps zur Seite gestanden sind.

Mein größter Dank gilt meinem Freund Christoph Zechner, der mich zu jeder Tages- und Nachtzeit tatkräftig unterstützt hat und viel Zeit in das Korrekturlesen meiner Arbeit investiert hat. Weiters danke ich ihm für seinen seelischen Beistand und seine Geduld, die oft genug in Anspruch genommen wurden.

Weiters möchte ich mich bei den zahlreichen Frauen bedanken, die sich bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen und uns somit einen Einblick in den Verlauf ihrer Schwangerschaft und Postpartum-Periode gegeben haben. Ohne sie wäre diese Studie und in weiterer Folge meine Arbeit nicht möglich gewesen.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	- 1 -
2. Bipolare Störung .....	- 2 -
2.1. Definition .....	- 2 -
2.2. Klassifikation .....	- 2 -
2.3. Epidemiologie .....	- 9 -
2.4. Ätiologie .....	- 10 -
2.5. Symptomatik .....	- 12 -
2.6. Diagnostik .....	- 13 -
2.7. Verlauf und Prognose .....	- 14 -
2.8. Therapie .....	- 16 -
2.9. Komorbiditäten .....	- 20 -
3. Substanzmissbrauch und bipolare Störung .....	- 20 -
3.1. Abhängigkeitsdefinition .....	- 20 -
3.2. Schädlicher Gebrauch .....	- 21 -
3.3. Psychische versus Physische Abhängigkeit .....	- 21 -
3.4. Komorbider Substanzabusus .....	- 21 -
3.5. Epidemiologie .....	- 22 -
3.6. Auswirkungen auf den Verlauf .....	- 23 -
3.7. Auswirkungen auf die Therapie .....	- 25 -
4. Psychische Störungen in der Schwangerschaft und Postpartum .....	- 26 -
4.1. Schwangerschaftsdepression .....	- 26 -
4.2. Baby-Blues .....	- 26 -
4.3. Postpartum-Depression .....	- 27 -
4.4. Postpartum-Psychose .....	- 28 -
4.5. Postpartum-Hypomanie .....	- 28 -
5. Schwangerschaft und Postpartum bei bipolarer Störung .....	- 29 -
5.1. Schwangerschaft .....	- 29 -
5.2. Medikamentengabe in der Schwangerschaft .....	- 29 -
5.3. Postpartum-Periode .....	- 31 -
5.4. Medikamentengabe in der Postpartum-Periode .....	- 33 -
6. Schwangerschaft und komorbider Substanzmissbrauch .....	- 34 -

7.Schwangerschaft und komorbider Substanzkonsum bei Frauen mit einer BIP .....	- 37 -
8.Die Studie .....	- 38 -
8.1.Hypothesen.....	- 38 -
8.2.Klinische Relevanz .....	- 38 -
9.Material und Methoden .....	- 39 -
9.1.Ablauf der Studie .....	- 39 -
9.2.Fragebögen .....	- 39 -
9.3.Spezieller Teil: Alkohol- und Substanzkonsum .....	- 40 -
9.3.1.Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -Missbrauchs-Screening-Test (LAST).....	- 40 -
9.3.2.Schwangerschaftsspezifischer Fragebogen über Substanzmissbrauch /-abhängigkeit während der SS und Stillzeit .....	- 41 -
9.4.Studienkollektiv .....	- 42 -
9.4.1.Experimentalgruppe .....	- 42 -
9.4.2.Kontrollgruppe 1 .....	- 44 -
9.4.3.Kontrollgruppe 2.....	- 44 -
9.5.Ethische Gesichtspunkte .....	- 45 -
9.6.Studiendauer .....	- 45 -
9.7.Limitationen .....	- 45 -
9.8.Auswertung und Datenanalyse .....	- 45 -
10.vorläufige Ergebnisse .....	- 46 -
10.1.LAST.....	- 46 -
10.2.Schwangerschaftsspezifischer Fragebogen .....	- 47 -
11.Diskussion .....	- 58 -
11.1.Interpretation der Ergebnisse.....	- 58 -
11.2.Grenzen der Studie.....	- 59 -
11.3.Konklusio .....	- 60 -
12.Literaturverzeichnis.....	- 62 -
13.Anhang .....	- 67 -

# **Zusammenfassung**

## **Hintergrund**

Mehrere Studien haben gezeigt, dass bei Menschen mit einer bipolaren Störung vermehrt ein komorbides Substanzproblem im Vergleich zur gesunden Bevölkerung besteht. Cassidy et al. (2001) bestätigten, dass nahezu 60% der an einer bipolaren affektiven Störung erkrankten Personen einmal in ihrem Leben irgendeinen komorbiden Substanzmissbrauch aufweisen. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob sich Schwangerschaft bzw. Postpartum-Periode protektiv auf die zugrundeliegende Störung auswirken und inwieweit diese Zeit den Substanzkonsum der Frauen beeinflusst.

## **Methodik**

Aus diesem Grund führten wir eine auf Fragebögen basierende Studie durch. Getestet wurden bis zum Zeitpunkt meiner vorläufigen statistischen Auswertung 147 Frauen, wovon 26 Mütter mit bipolarer affektiver Störung, 16 Patientinnen ohne Kinder und 105 gesunde Frauen waren. Anhand des standardisierten Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -Missbrauchs-Screening-Tests wurde die Anzahl der Frauen mit einem Alkoholproblem aus den drei verschiedenen Studienkollektiven ermittelt. Der eigens erstellte deskriptive, schwangerschaftsspezifische Fragebogen sollte sowohl das Alkohol- als auch das Substanzkonsumverhalten der schwangeren Frauen mit einer bipolaren Störung und der schwangeren gesunden Studienteilnehmerinnen erörtern.

## **Ergebnisse**

Die bisherigen Ergebnisse der derzeit noch laufenden Studie sind als erste Trends interpretierbar. Ein Hinweis ist, dass Frauen, die an einer BIP leiden, vermehrt zu Alkoholproblemen neigen.

Im Großen und Ganzen unterschieden sich die gesunden Mütter und jene mit einer bipolaren affektiven Störung kaum in Hinblick auf das Substanzkonsumverhalten in der Schwangerschaft und Postpartum-Periode. Es zeigte sich jedoch, dass Frauen mit dieser psychischen Störung vermehrt zu Alkohol und Drogen greifen, wenn sie sich alleine fühlen. Weiters konnte eine

gesteigerte Inanspruchnahme einer Therapie in Hinblick auf die zugrundeliegende Suchterkrankung bei diesen Frauen verglichen mit der gesunden Kontrollgruppe herausgefunden werden.

## **Fazit**

Es ist wichtig die vorläufig erzielten Trends unserer Studie näher zu untersuchen, um eventuelle negative Auswirkungen der bipolaren Störung sowohl für werdende Mütter als auch für heranwachsende Kinder vermeiden bzw. minimieren zu können.

## **Abstract**

### **Background**

Many studies have shown that people suffering from a bipolar disorder are frequently rather prone to have a comorbid substance problem than healthy people. Cassidy et al. (2001) confirm that almost 60% of people with a bipolar disorder show a comorbid substance misuse once in their lives. In the present study it was examined if pregnancy or postpartum menstruation has a protective influence on the basic disorder and how far these periods make a change to the substance consumption of the women concerned.

### **Methods**

On this basis we made a study based on questionnaires. At the point of my interim statistical evaluation 147 women were tested, 26 of which were mothers with bipolar disorders, 16 patients without children and 105 healthy women. On the basis of the standardised Lübeck Alcohol Dependence and Abuse Screening Test the number of women with an alcohol problem was filtered out of the three different study groups. The especially for this purpose created descriptive pregnancy-specific questionnaire was meant to find out the alcohol consumer behaviour as well as the substance consumer behaviour of pregnant women with and without bipolar disorders.

### **Results**

The interim results of the still current study can be interpreted as first tendencies. One hint is that women suffering from bipolar disorders increasingly tend to alcohol problems.

All in all healthy mothers' substance consumer behaviour hardly differs from that of mothers with bipolar disorders in times of pregnancy or postpartum menstruation. It came into notice, though, that women with this psychic disorder increasingly resort to alcohol and drugs when they feel lonely. Furthermore it was found out that women with bipolar disorders tend to engage a therapy rather than healthy women.

## **Conclusion**

It is important to investigate the interim tendencies of our study more precisely in order to avoid or minimise eventual negative consequences of bipolar disorders for expectant mothers as well as for up growing children.

## Abkürzungsverzeichnis

- BIP                      Bipolare affektive Störung
- DSM-IV                Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 4. Version
- ICD-10                International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
- LAST                    Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –Missbrauchs-Screening-Test
- MAO-Hemmer        Mono- Aminosäuren- Oxidasen- Hemmer
- MAST                    Michigan Alcoholism Screening Test
- PP                        Postpartum
- SKID                    strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV
- SS                        Schwangerschaft
- SSRI                    Selektive Serotonin Reuptake Inhibitor
- WHO                    Weltgesundheitsorganisation

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema der Zykllothymie .....	- 6 -
Abbildung 2: Schema der Bipolar I-Störung .....	- 7 -
Abbildung 3: Schema der Bipolar II-Störung .....	- 8 -
Abbildung 4: Schema zum gemischten Zustand .....	- 8 -
Abbildung 5: Schema zum Rapid-Cycling .....	- 9 -
Abbildung 6: Schema des Vulnerabilitäts-Stress-Modells .....	- 11 -
Abbildung 7: prozentueller Substanzkonsum während der SS.....	- 36 -
Abbildung 8: Auswertung: LAST.....	- 46 -
Abbildung 9: Alkoholkonsum Experimental-GR.....	- 47 -
Abbildung 10: Alkoholkonsum gesunde Kontroll-GR.....	- 48 -
Abbildung 11: Alkoholmenge Experimental-GR .....	- 48 -
Abbildung 12: Alkoholmenge gesunde Kontroll-GR .....	- 49 -
Abbildung 13: Alkoholgedanken Experimental-GR.....	- 49 -
Abbildung 14: Alkoholgedanken gesunde Kontroll-GR.....	- 50 -
Abbildung 15: Kontrollverlust Experimental-GR .....	- 50 -
Abbildung 16: Kontrollverlust gesunde Kontroll-GR .....	- 50 -
Abbildung 17: zitternde Hände Experimental-GR.....	- 51 -
Abbildung 18: zitternde Hände gesunde Kontroll-GR.....	- 51 -
Abbildung 19: Gefühl des Alleinseins Experimental-GR.....	- 52 -
Abbildung 20: Gefühl des Alleinseins gesunde Kontroll-GR.....	- 52 -
Abbildung 21: Behandlung aufgrund Suchterkrankung Experimental-GR.....	- 52 -
Abbildung 22: Behandlung aufgrund Suchterkrankung gesunde Kontroll-GR ..	- 53 -
Abbildung 23: Absetzung der Substanzen Experimental-GR .....	- 53 -
Abbildung 24: Absetzung der Substanzen gesunde Kontroll-GR .....	- 53 -
Abbildung 25: Entzugstherapie während der SS Experimental-GR.....	- 54 -
Abbildung 26: Entzugstherapie während der SS gesunde Kontroll-GR.....	- 54 -
Abbildung 27: Konsumeinschränkung Experimental-GR.....	- 55 -
Abbildung 28: Konsumeinschränkung gesunde Kontroll-GR.....	- 55 -
Abbildung 29: Gefühl der Hilfestellung Experimental-GR.....	- 55 -
Abbildung 30: Gefühl der Hilfestellung gesunde Kontroll-GR.....	- 56 -
Abbildung 31: Nebenwirkungsbesserung Experimental-GR.....	- 56 -
Abbildung 32: Nebenwirkungsbesserung gesunde Kontroll-GR.....	- 56 -

Abbildung 33: Gefühl dem Kind zu schaden Experimental-GR ..... - 57 -  
Abbildung 34: Gefühl dem Kind zu schaden gesunde Kontroll-GR ..... - 57 -

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: typische Symptome der BIP .....	- 12 -
Tabelle 2: Substanzmissbrauch in Prozent .....	- 22 -
Tabelle 3: Anzahl der Studienteilnehmerinnen .....	- 42 -

# **1. Einleitung**

Eine Schwangerschaft und das Jahr nach der Geburt stellen für viele Frauen eine Zeit dar, die sowohl mit physischen als auch psychischen Veränderungen verbunden sind.

Mit dieser Arbeit möchte ich einen näheren Einblick über die Auswirkungen einer Schwangerschaft bzw. Postpartum-Periode bei Patientinnen mit einer bipolaren affektiven Störung (BIP) geben.

Anhand unserer Studie wollen wir untersuchen, wie sich die körperlichen Veränderungen auf Frauen mit einer bipolaren Störung auswirken. Stellt die Schwangerschaft bzw. PP-Periode einen Schutz für einen erneuten Krankheitsausbruch dar oder verstärkt sie sogar das Risiko eines neuen Schubes?

Genauer möchte ich in meiner Diplomarbeit auf schwangere Frauen mit einer bipolaren Störung eingehen, die zusätzlich ein Suchtproblem haben. In diesem Bereich gibt es bisher in der Wissenschaft wenig konklusive Ergebnisse und daher ist es wichtig herauszufinden, inwieweit sich diese besondere Lebensphase auf die Grunderkrankung der Frauen auswirkt. Denn hier ist nicht nur das Leben der Frauen, sondern auch jenes der heranwachsenden Kinder betroffen.

Anfangs möchte ich kurz auf die bipolare affektive Störung im Allgemeinen eingehen und dann speziell das Problem des komorbiden Suchtmittelmissbrauchs bzw. der Suchtmittelabhängigkeit näher beleuchten. In den darauffolgenden Kapiteln werden die psychischen Störungen in der Schwangerschaft und die Auswirkungen der BIP auf Schwangerschaft und Postpartum-Periode beschrieben. Im letzten Abschnitt meines Literaturteils werde ich einen kurzen Überblick über die derzeit vorhandenen Daten hinsichtlich schwangerer Frauen mit einer BIP und komorbiden Substanzproblem geben. Der anschließende praktische Teil inkludiert neben der Studienbeschreibung auch die ersten vorläufigen Ergebnisse unserer Auswertung. Am Ende meiner Arbeit stehen die Diskussion mit der Interpretation der Ergebnisse, den Limitationen der Studie und möglichen Verbesserungsvorschlägen.

## **2.Bipolare Störung**

### **2.1.Definition**

Unter einer bipolaren Störung (Synonym: manisch-depressive Erkrankung, bipolare affektive Störung) versteht man eine psychische Erkrankung mit episodisch wechselnden depressiven und hypomanischen/manischen Phasen (Lenz & Küfferle, 2008).

Sowohl die Länge der affektiven Episoden als auch die Intervalle in denen sich die PatientInnen in einem „normalen“ Stimmungszustand befinden sind zeitlich variabel. Im Durchschnitt kann man jedoch sagen, dass eine depressive Phase ca. sechs Monate andauert. Im Gegensatz dazu hält eine Manie zwischen zwei Wochen und fünf Monaten an (Gastpar et al., 2003).

### **2.2.Klassifikation**

Die BIP wird durch folgende Klassifikationssysteme beschrieben:

1. International Classification of Diseases, 10. Version (ICD-10)
2. Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 4. Version (DSM-IV)

#### **ICD-10 Kriterien**

##### **Manische Episoden F30**

Die manischen Phasen unterteilt man in Hypomanie (F30.0), Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) und Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2). Diese drei unterschiedlichen Schweregrade der Manie sind alle durch eine gehobene Stimmung und vermehrte psychische und physische Aktivität gekennzeichnet.

- Hypomanie: Diese stellt die geringste Ausprägung der Manie dar. Sie ist durch situationsadäquates jedoch übertriebenes Wohlbefinden und verstärkte körperliche und seelische Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Es besteht eine anhaltende leicht gehobene Stimmung, über mindestens ein paar aufeinanderfolgende Tage, in der die Personen geselliger,

gesprächiger und übermäßig vertraulich sind. Charakteristisch für diese Form der Manie sind weiters ein vermindertes Schlafbedürfnis und eine gesteigerte Libido. Im Gegensatz dazu kann sich die Hypomanie auch durch vermehrte Reizbarkeit, rüpelhaftes Verhalten und Selbstüberschätzung auszeichnen. Zusätzlich sind gelegentlich Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite damit verbunden. Die Hypomanie ist häufig ein Vorreiter der Manie, kann jedoch auch isoliert auftreten.

- Manie ohne psychotische Symptome: Charakteristisch für diese Episode ist eine situationsinadäquate Euphorie, welche mit Antriebssteigerung, Logorrhö und einem reduzierten Verlangen nach Schlaf assoziiert ist (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009). Das Schlafbedürfnis ist in dieser Stimmungslage auf ein Minimum reduziert und kann im Extremfall bis zu totaler Schlaflosigkeit führen. Charakteristisch sind die fehlende Müdigkeit am Tag danach und das nicht vorhandene Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung. Das fehlende Verlangen nach Schlaf kann als frühes Warnzeichen interpretiert werden (Assion & Vollmoeller, 2006). Das Spektrum der Symptome beinhaltet weiters eine gesteigerte Ablenkbarkeit, die sich in mangelnder Konzentration widerspiegelt. Die PatientInnen sind in der Manie häufig übermäßig optimistisch, hemmungslos und überschätzen sich selbst. Neben Größenideen können in dieser Phase auch Wahrnehmungsstörungen auftreten. Viele dieser Menschen neigen in dieser Phase der Erkrankung zu einem erhöhten Risikoverhalten und zu vermehrten unkontrollierten Geldausgaben. Gegensätzlich dazu kann die Stimmung auch in Gereiztheit und Misstrauen umschlagen.

Um eine Manie diagnostizieren zu können, muss dieser Stimmungszustand mindestens eine Woche anhalten und so schwer ausgeprägt sein, dass sowohl die berufliche als auch die soziale Funktionsfähigkeit stark beeinträchtigt sind (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009).

- Manie mit psychotischen Symptomen: Die schwerwiegendste Ausprägung der Manie ist zusätzlich durch psychotische Symptome gekennzeichnet wie beispielsweise Größenwahn, Verfolgungswahn und/oder religiöse Wahnvorstellungen etc. (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009).

## Depressive Episoden F32

Typische Zeichen einer depressiven Phase sind gedrückte Stimmung, Antriebsminderung, Freudlosigkeit und Interessensverlust. Weiters weisen diese Menschen eine gesteigerte Ermüdbarkeit und eine damit verbundene körperliche Aktivitätsminderung auf. Sie leiden unter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwächen, sowie unter verringertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Suizidgedanken bis hin zur Suizidhandlung finden sich häufig bei Personen in depressiven Phasen (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009). Weiters sind die Personen meist nicht in der Lage Entscheidungen zu treffen. Soziale Isolation und Meidung jeglichen Kontaktes sind typische Zeichen der Depression. Zusätzlich quälen sie eine innere Unruhe, Schuldgefühle, Ängste und sie sind ständig am Grübeln über ihr Leben und ihre Zukunft. Alles erscheint aussichtslos (Assion & Vollmoeller, 2006; Möller et al., 2009). Um eine depressive Episode diagnostizieren zu können, müssen die oben genannten Symptome mindestens zwei Wochen andauern. Wenn die Ausprägung der depressiven Stimmung übermäßig schwer ist oder die Symptomatik schnell aufgetaucht ist, sind auch kleinere Intervalle für die Diagnose einer depressiven Phase ausreichend.

Man unterteilt die depressiven Episoden in vier Schweregrade:

1. Leichte depressive Episode (F32.0)

Zur Diagnosesicherung dieser Form müssen zwei der folgenden Symptome, wie depressive Stimmung, Interessensverlust oder Freudlosigkeit (Anhedonie) und gesteigerte Ermüdbarkeit, zutreffen. Weiters müssen zwei andere der oben aufgezählten Krankheitszeichen aus F32 vorhanden sein. Als Zeitkriterium für diese Episode werden ca. zwei Wochen genannt.

2. Mittelgradige depressive Episode (F32.1)

Wenn zwei der drei bereits oben erwähnten Symptome und mindestens drei der anderen Charakteristika aus F32 existieren, kann man von einer mittelgradigen depressiven Episode sprechen.

3. Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)

Hier müssen alle drei der oben erwähnten Krankheitszeichen und zusätzlich mindestens vier andere und einige dieser stark ausgebildet aus der

Kategorie F32 für mindestens zwei Wochen zutreffen. Auch hier wäre eine Diagnosestellung bei besonders schwerer Ausprägung bereits unter zwei Wochen möglich. Kennzeichnend für diese Episode ist weiters die Unfähigkeit soziale und berufliche Tätigkeiten auszuführen.

4. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3)

Diese Diagnosestellung ist dann gerechtfertigt, wenn alle Kriterien aus F32.2 vorhanden sind und diese zusätzlich von Wahnideen oder depressivem Stupor begleitet sind (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009).

## Bipolare affektive Störung F31

Unter einer bipolaren affektiven Störung versteht man eine Erkrankung, die durch episodisch auftretende Phasen mit gehobenem bzw. vermindertem Stimmungs- und Aktivitätsniveau gekennzeichnet sind. Typisch für dieses Krankheitsbild sind die sogenannten „freien“ Intervalle, das sind Phasen in der keine Symptomatik besteht. Vorreiter dieser Episoden sind meist belastende Lebensereignisse oder psychische Traumata.

Bei der BIP unterscheidet man zwischen verschiedenen Ausprägungen:

- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode (F31.0)
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome (F31.1)
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen (F31.2)

Alle oben erwähnten Störungen weisen anamnestisch mindestens eine andere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) auf.

- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode (F31.3)
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F31.4)
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F31.5)
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode (F31.6)

Hier zeigt die Person momentan entweder eine Mischung aus depressiven und hypo- bzw. manischen Symptomen oder schnelle Änderungen der Stimmung in hypo- bzw. manische und depressive Symptome.

- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (F31.7)

In dieser Episode weist die Person zurzeit und auch in den letzten Monaten keine krankhaften Symptome der Stimmung auf, hatte aber mindestens eine andere affektive Episode erlebt.

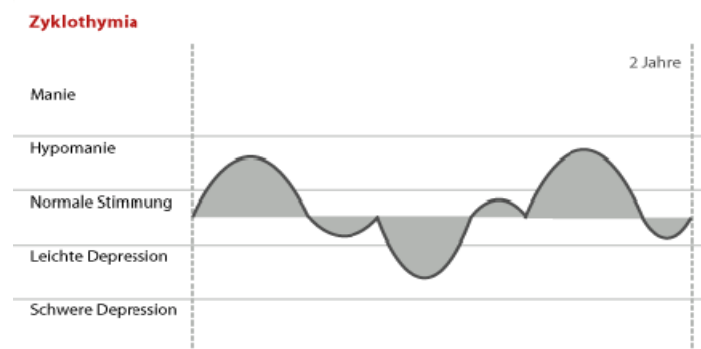
Die letzten fünf Störungen haben anamnestisch mindestens eine andere hypo- bzw. manische oder gemischte Episode vorzuweisen.

- Sonstige bipolare affektive Störungen (F31.8)

Zu dieser Gruppe zählen die Bipolar II-Störung (F31.80), die bipolaren Störungen mit schnellem Phasenwechsel, sogenannte Rapid-Cycler (F31.81) und rezidivierende manische Episoden (F31.82).

- Nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung (F31.9)  
(Dilling, Mombour & Schmidt, 2009)

Die Zykllothymie F34 stellt bei der ICD-10 Klassifikation, anders als bei der DSM-IV Diagnostik, keinen eigenen Punkt der BIP dar, sondern ist in der Kategorie anhaltende affektive Störungen zu finden. Sie bezeichnet eine mildere Form der BIP, die durch eine beständige Instabilität der Stimmung charakterisiert ist. Hier treten immer wieder abwechselnd Phasen leichter Depression und leicht gehobener Stimmung auf. Die Diagnose Zykllothymie wird gestellt, wenn diese Stimmungsschwankungen mindestens zwei Jahre andauern. Die Abgrenzung zur BIP stellt das Fehlen schwerer depressiver und manischer Episoden dar (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009).

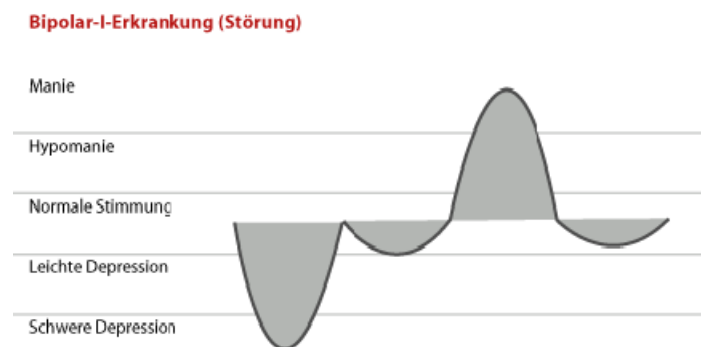


**Abbildung 1: Schema der Zykllothymie**  
<http://www.psychosen.de/wissen-ueber-psychosen-57.html>

In der DSM-IV Klassifikation wird zusätzlich zwischen Bipolar I und Bipolar II unterschieden. Die ICD-10 hingegen zählt die Bipolar II-Störung zu sonstige BIP.

**Bipolar I:** Diese Form beschreibt die schwerwiegendste Ausprägung dieser Erkrankung. Hier liegt sowohl das Vollbild der Depression als auch der Manie vor. Sobald ein einziges Mal eine Manie diagnostiziert werden konnte, kann man sicher von einer Bipolar I-Störung sprechen (Taylor, 2006).

Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 20 Jahren. Eine Erstmanifestation nach dem 4. Lebensjahrzehnt ist fast ausgeschlossen (Assion & Vollmoeller, 2006).

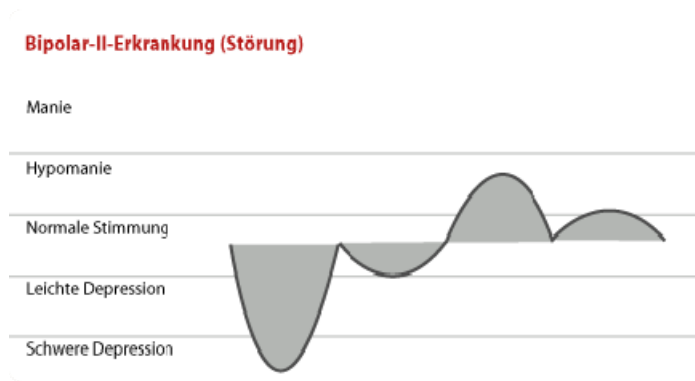


**Abbildung 2: Schema der Bipolar I-Störung**

<http://www.psychosen.de/wissen-ueber-psychosen-57.html>

**Bipolar II:** Dieses Krankheitsbild äußert sich durch eine voll ausgeprägte Depression und durch sogenannte hypomanische Phasen (Taylor, 2006).

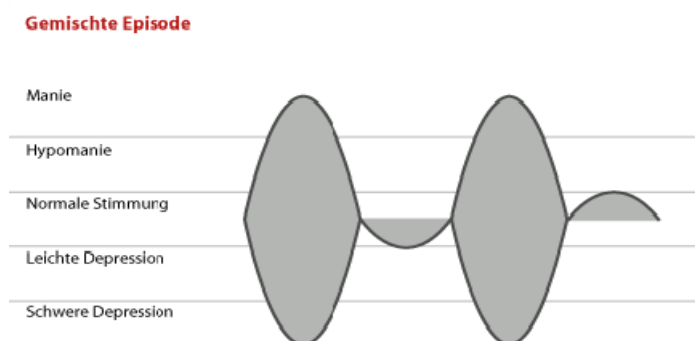
Die Hypomanie ist eine weniger stark ausgeprägte Manie, welche durch leicht gereizte bzw. gehobene Stimmung und einem meist kürzeren Verlauf charakterisiert ist. Bei dieser Form der bipolaren Störung wurde beobachtet, dass vor allem das weibliche Geschlecht den Großteil der Krankheitsgruppe ausmacht (Gastpar et al., 2003).



**Abbildung 3: Schema der Bipolar II-Störung**

<http://www.psychosen.de/wissen-ueber-psychosen-57.html>

Gemischte Episode: Bei der DSM-IV Klassifikation müssen Manie und Depression gleichzeitig nebeneinander oder in sehr raschen Abständen abwechselnd über mindestens eine Woche existieren, was beispielsweise zu einer depressiven Stimmungslage verbunden mit gesteigertem Rededrang führt. Die ICD-10 Klassifikation hingegen inkludiert die hypomanischen Episoden auch in diese Kategorie und setzt ein Zeitintervall der Symptomatik von zwei Wochen voraus (Assion & Vollmoeller, 2006). Eine Unterscheidung zu Rapid-Cycling kann bisweilen schwierig sein (Ultra-Ultra-Rapid-Cycling).

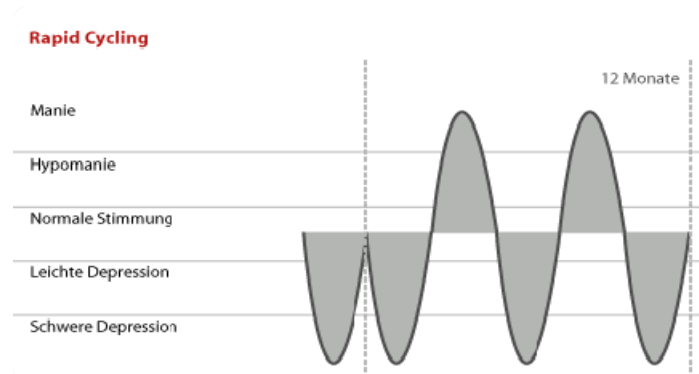


**Abbildung 4: Schema zum gemischten Zustand**

<http://www.psychosen.de/wissen-ueber-psychosen-57.html>

Rapid Cycling: Diese Sonderform ist charakterisiert durch einen ständigen Wechsel der Stimmung, wobei mindestens vier Episoden pro Jahr auftreten, gekennzeichnet durch Manien/Hypomanien, gemischten Episoden bis hin zu Depressionen. Ein Rapid Cycling kann bereits von Anfang an vorliegen, sich im

Laufe der Krankheit entwickeln und auch wieder verschwinden (Assion & Vollmoeller, 2006).



**Abbildung 5: Schema zum Rapid-Cycling**

<http://www.psychosen.de/wissen-ueber-psychosen-57.html>

Bipolare Störung NOS (not otherwise specified): Bei dieser Form der Erkrankung kommen sowohl manische als auch depressive Stimmungszustände vor, die in ihrem Ausmaß jedoch nicht den DSM-IV Kriterien entsprechen (Sharma et al., 2009).

### **2.3.Epidemiologie**

Es ist schwierig eine genaue Anzahl der an bipolarer Störung erkrankten Personen zu erfassen, da durch unterschiedliche Faktoren wie diagnostische Mischformen, pathologische Grenzbereiche und Dunkelziffern die Zahl verschleiert wird. Die Lebenszeitprävalenz für Bipolar I-Störungen liegt bei ungefähr 1% und die der Bipolar II-Störungen bei 0,5% (Gastpar et al., 2003).

Betrachtet man hingegen das gesamte Spektrum der BIP, welches Manie, Hypomanie, rezidivierende kurze Hypomanien, sporadisch auftretende Hypomanien und Zykllothymien beinhaltet, steigt die Rate auf 3% bis 6,5% an (Angst, 1998).

Die bipolare Störung zählt somit zu den häufigsten psychischen Störungen in unserer Gesellschaft und verzeichnete einen enormen Anstieg in der Anzahl der Neuerkrankungen über die letzten Jahre (Assion & Vollmoeller, 2006).

Im Vergleich zur unipolaren Depression manifestiert sich das bipolare Krankheitsbild meist früher und ist in seinem Verlauf schwerwiegender.

Bis zu 30% beträgt das Suizidrisiko bei Personen mit einer BIP, die stationär behandelt werden müssen (Rothenhäusler & Täschner, 2007).

## **2.4.Ätiologie**

Die Ätiologie der bipolaren affektiven Störung ist sehr komplex.

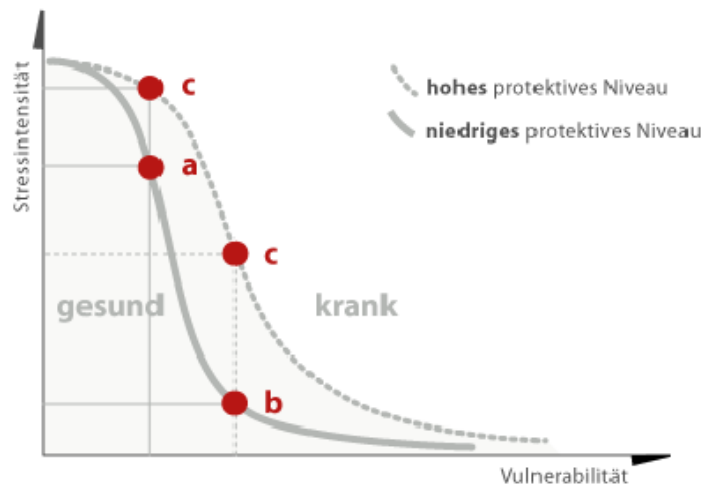
Ein Modell zur Entstehung der BIP ist das Vulnerabilitäts-Stress-Konzept, welches ursprünglich für die Schizophrenie entwickelt wurde. Genetische Faktoren spielen eine bedeutende Rolle, welche durch Zwillings-, Familien-, und Adoptionsstudien nachgewiesen wurden (Möller et al., 2009).

Entscheidend für die Entstehung einer BIP sind psychosoziale Faktoren. Kritische Lebensereignisse wie z.B. der Verlust einer Bezugsperson, anhaltende Konflikte, Veränderungen der gewohnten Lebensweise etc. sind häufig Auslöser für depressive bzw. manische Stimmungsphasen (Möller et al., 2009).

Das zugrundeliegende Konzept des Vulnerabilitäts-Stress-Modells wurde erstmals von Zubin und Spring 1977 beschrieben. Es geht davon aus, dass jede Person über einen bestimmten Grad an Belastbarkeit verfügt, welcher durch die individuell vorhandene Vulnerabilität vorgegeben wird.

Anhand folgender schematischer Darstellung soll das Modell veranschaulicht werden. Der Punkt a weist daraufhin, dass Personen mit niedriger Vulnerabilität erst bei hoher Stressintensität erkranken. Der Punkt b hingegen demonstriert, dass bereits geringe Stressbelastung bei Personen mit hoher Verwundbarkeit zur Auslösung der Erkrankung führt. Der Punkt c veranschaulicht, dass unbeachtet dessen, ob man eine stärkere oder weniger stark ausgeprägte Vulnerabilität aufweist, Menschen mit hoher Einwirkung schützender Faktoren vermehrten Stress aushalten, bis es zum Ausbruch der Krankheit kommt (Zubin & Spring, 1977).

### Vulnerabilitäts-Stress-Modell (nach Zubin und Spring)



**Abbildung 6: Schema des Vulnerabilitäts-Stress-Modells**  
<http://www.psychose.de/wissen-ueber-psychosen-06.html>

Weiters besteht eine enorme familiäre Häufung bei Verwandten ersten Grades. Im Vergleich zur Normalbevölkerung haben diese ein bis zu 10-fach erhöhtes Risiko an einer BIP zu erkranken. Wenn bei beiden Elternteilen eine BIP diagnostiziert wurde, steigt das Erkrankungsrisiko für deren Kinder auf 50% an. Die Zwillingsstudie ergab eine Konkordanzrate von 80% bei eineiigen Zwillingen (Gastpar et al., 2003).

Die Amindefizithypothese beschreibt eine weitere Ursache der affektiven Erkrankungen, welche mit einer Verminderung der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin einhergeht. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Reduktion dieser Botenstoffe und der depressiven Erkrankung. Unterstützt wird diese Vermutung durch die Wirkung der Antidepressiva im synaptischen Spalt, welche dort zu einer Erhöhung der Aminkonzentration führen. Heutzutage wird jedoch von einem Ungleichgewicht verschiedener Neurotransmitter ausgegangen (Möller et al., 2009).

Ebenso können bestimmte personenbezogene Merkmale wie z.B. das Temperament mit der BIP in Verbindung gebracht werden. Die BIP ist vermehrt mit Cluster B-Persönlichkeitsstörungen assoziiert, welche dramatische und emotional betonte Verhaltensstörungen beinhaltet. Zu diesen Störungen zählen laut DSM-IV die Borderline-, histrionische-, dissoziale- und narzisstische Persönlichkeitsstörung (Assion & Vollmoeller, 2006).

## 2.5.Symptomatik

Bei der BIP ist die Qualität der menschlichen Psyche in Hinblick auf Antrieb, Affekt und Denken beeinträchtigt. Zusätzlich wird diese Störung häufig von somatischen Symptomen begleitet.

Die klinische Symptomatik der BIP ist sehr vielseitig, was eine Diagnose dieser Erkrankung oft erschwert. Die PatientInnen fühlen sich diesen Stimmungsschwankungen hilflos ausgesetzt und stellen nicht nur für sich selbst, sondern auch für die Familie und das soziale Umfeld eine große Belastung dar.

Tabelle 1: typische Symptome der BIP

	<u>Depression</u>	<u>Manie</u>	<u>Hypomanie</u>
Affekt	↓↓↓	↑↑	↑↓
Antrieb	↓↓↓	↑↑	↑
Symptome	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Freudlosigkeit</li> <li>·Interessensverlust</li> <li>·↑Ermüdbarkeit</li> <li>·↓Selbstwertgefühl</li> <li>·↓Konzentration</li> <li>·soziale Isolation</li> <li>·innere Unruhe</li> <li>·Grübeln</li> <li>·mit psychotischen Symptomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·↓Schlafbedürfnis</li> <li>·Größenwahn</li> <li>·Ideenflucht</li> <li>·Logorrhö</li> <li>·↑Selbstwertgefühl</li> <li>·Enthemmung</li> <li>·↓Konzentration</li> <li>·Gereiztheit</li> <li>·mit psychotischen Symptomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·↑körperliche &amp; seelische Leitungsfähigkeit</li> <li>·↑Vertraulichkeit</li> <li>·↑Geselligkeit</li> <li>·↑Gesprächigkeit</li> <li>·↓Konzentration</li> <li>·↑Reizbarkeit</li> </ul>

Das Problem einer Manie ist, dass die Leute in diesem Stimmungszustand nicht vom Gefühl der Krankheit sprechen, ganz im Gegenteil, sie fühlen sich antriebsstark und jeder Situation gewachsen. Dies hat zur Folge, dass die PatientInnen in dieser Phase keine/n Ärztin/Arzt aufsuchen, da für sie kein Problem sichtbar ist. Die nicht vorhandene Krankheitseinsicht macht die Diagnosestellung der bipolaren Störung so schwierig (Assion & Vollmoeller, 2006). Häufig treten neben den psychischen Problemen vor allem in der depressiven Episode auch körperliche Symptome wie z.B. Schmerzen in der Herzgegend Atembeschwerden, Gewichtsverlust, Verdauungsstörungen etc. auf (Möller et al.

2009). Deswegen ist es von äußerster Notwendigkeit eine körperliche Untersuchung zum Ausschluss etwaiger physischer Ursachen der Symptomatik vor der Diagnosestellung durchzuführen.

## **2.6.Diagnostik**

Die Diagnose der BIP wird durch standardisierte Entscheidungskriterien der zwei bedeutendsten Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 erstellt.

Die Diagnosestellung beruht auf der klinischen Bewertung des psychopathologischen Befundes und dem erfragten Verlauf der Erkrankung. Wichtig sind Mitteilungen der betroffenen Personen über ihre Charaktereigenschaften, ihr soziales Umfeld, ihre Lebensumstände und – ereignisse sowie familiäre Häufung und etwaige Vortherapien. Als hilfreich erwiesen sich Berichte der Familienangehörigen oder naher Freunde. Sehr häufig traten erst durch die Fremdanamnese bei primär depressiven PatientInnen Anhaltspunkte für eine bipolare Störung in den Vordergrund (Assion & Vollmoeller, 2006).

Aufgrund der Symptomvielfalt werden bipolare Störungen häufig nicht erkannt oder falsch diagnostiziert. Ein schwerwiegendes Problem der Diagnosestellung und somit des weiteren Verlaufs dieser Erkrankung ist, dass sich viele PatientInnen, vor allem weibliche, häufig nur mit depressiven Symptomen in der Praxis bzw. Klinik präsentieren. Dies führt dazu, dass viele dieser Personen fälschlicherweise den unipolaren Depressionen zugeordnet werden anstatt dem bipolaren Formenkreis (Curtis, 2005).

Laut der National Depressive and Manic-Depressive Association (NDMDA) sind 69-73% der bipolaren PatientInnen primär fehldiagnostiziert. Die häufigste Fehldiagnose ist die Major Depression gefolgt von Angststörung, Schizophrenie, Alkoholmissbrauch etc. Eine weitere Studie zeigte, dass in 35% der Fälle bis zu 10 Jahre vom ersten Kontakt mit einer/einem PsychiaterIn bis zur korrekten Diagnosestellung vergingen. Die Anzahl der Falschdiagnosen ist vor allem bei der Bipolar II-Störung in sehr großem Ausmaß vorhanden (Stewart & El-Mallakh, 2007). Das stellt weltweit ein erhebliches gesundheitspolitisches Problem dar, nicht nur wegen den hohen Raten an Fehldiagnosen, sondern auch angesichts des Verlaufs der Erkrankung. Umso früher eine gezielte Therapie bei bipolaren

PatientInnen begonnen werden kann, desto besser ist die weitere Entwicklung der Erkrankung.

## **2.7.Verlauf und Prognose**

Die Entwicklung der bipolaren Störung ist sehr schwer einzuschätzen, da diese individuell sehr unterschiedlich verläuft.

Beobachtet wurden erstaunliche geschlechterspezifische Unterschiede. Curtis (2005) hat diese in ihrer Übersichtsarbeit zusammengefasst und kam zu folgendem Schluss:

- Frauen erkranken viel häufiger an einer Bipolar II-Störung als Männer und weisen hier vor allem vermehrt depressive Phasen auf. Im Gegensatz dazu ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Bipolar I-Störung geschlechterunabhängig.

Weiters wurde beobachtet, dass PatientInnen mit einer BIP bis zu 15% ihres Lebens an Depressionen leiden. Dieses beachtliche Ausmaß erklärt die erhöhte Suizidrate, welche mit dieser Erkrankung assoziiert ist. Durch ihre vermehrten depressiven Verstimmungen müssen die Personen zusätzlich erhebliche berufliche und private Einschränkungen in Kauf nehmen.

- Weiters zeigt sich eine verstärkte Neigung des weiblichen Geschlechts zu gemischten oder dysphorischen Zustandsbildern dieser Störung im Vergleich zum männlichen Geschlecht.
- Bei PatientInnen mit einem „Rapid Cycling“ sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Es hat sich gezeigt, dass diese Sonderform verstärkt mit der Bipolar II-Störung assoziiert ist. Dieser Typ der BIP ist mit einer deutlich schlechteren Prognose durch den ständigen Wechsel der Stimmungslage assoziiert.

Es ist weitgehend unklar was für ein „Rapid Cycling“ ausschlaggebend ist. Es wird jedoch vermutet, dass eine Schilddrüsenunterfunktion, gonadale Steroide und die geschlechterspezifische Reaktion auf Stimmungsstabilisatoren die Entwicklung dieser Form fördern. Die genannten Vermutungen sind vor allem dem weiblichen Geschlecht

zuzuordnen, was für den deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern sprechen würde (Curtis, 2005).

- Weiters weisen Frauen meist einen späteren Krankheitsbeginn auf, welcher sehr häufig durch stressvolle Lebensereignisse ausgelöst wird (Freeman & Gelenberg, 2005).

Aufgrund der individuell sehr unterschiedlichen Verläufe ist eine allgemeine Prognose äußerst schwer abzugeben. Die Prognose dieser Störung wird des Öfteren durch einen Diagnoseverzug deutlich verschlechtert.

Laut einer Studie von Hirschfeld et al. (2003) haben unter den 3,4% der ProbandInnen, die durch die „Mood Disorder Questionnaires“ positiv für eine Bipolar I- oder II-Störung getestet wurden, nur 19,8% auch von ärztlicher Seite die Diagnose bipolare Störung erhalten. Zusätzliche 31,2% der als bipolar detektierten PatientInnen hatten von den behandelnden ÄrztInnen eine unipolare Depression diagnostiziert bekommen. Die restlichen 49% haben noch nie einen Krankheitsbefund hinsichtlich einer affektiven Störung oder einer unipolaren Depression erhalten. Von jenen die negativ gescreent wurden, erhielten 1,4% die Diagnose einer BIP und 9,5% die einer unipolaren Depression von ÄrztInnen (Hirschfeld et al., 2003a).

In diesem Zeitraum der Fehldiagnose wird den PatientInnen die Chance auf ein „gesundes“ Leben entzogen und sie sind den Folgen der Krankheit sowohl sozial als auch beruflich ausgeliefert (Assion & Vollmoeller, 2006).

Weiters weiß man, dass durch die immer häufiger auftretenden Krankheitsphasen der Verlauf der Störung negativ beeinflusst wird. Im schlimmsten Fall können die freien Intervalle komplett verschwinden und es besteht nur noch ein Wechsel zwischen (hypo-) manischen und depressiven Stimmungslagen (Gastpar et al., 2003).

Zusätzliche ungünstige Prädiktoren sind eine positive Familienanamnese, gemischte affektive Phasen, Rapid Cycling, ein komorbider Substanzmissbrauch und/oder Angststörungen, ein niedriges sozioökonomisches Niveau und das Fehlen von Compliance der PatientInnen.

Wichtig für den Verlauf und die Prognose der Erkrankung ist es neben der Prävention und Akuttherapie der Phasen auch die Risiken der mit dieser Krankheit

verbundenen erhöhten Mortalität durch Suizide, kardiovaskuläre Erkrankungen, Übergewicht und Diabetes mellitus zu senken (Assion & Vollmoeller, 2006).

## **2.8. Therapie**

Der Zweck der therapeutischen Intervention ist es die Mortalität und Morbidität zu reduzieren. Es wird versucht die Krankheitsphasen in ihrer Anzahl und in ihrem Schweregrad zu minimieren und die damit verbundenen psychosozialen Folgen einzuschränken.

Die Therapie der BIP soll anhand eines multimodalen Konzepts erfolgen. Dieses beinhaltet neben der medikamentösen Therapie, Psychotherapie bzw. Psychoedukation und psychosoziale Maßnahmen.

Zunächst möchte ich kurz auf die medikamentöse Therapie eingehen, welche sich in drei Säulen unterteilen lässt:

- a) Phasenprophylaxe
- b) Therapie der Manie
- c) Therapie der Depression

### **a) Phasenprophylaxe**

Die Indikation zur Phasenprophylaxe stellt sich bei allen PatientInnen auch wenn nicht jede/r erneut Episoden entwickeln muss.

Das Mittel der Wahl der Erhaltungstherapie ist Lithium, dessen phasenprophylaktische Wirkung schon seit langem bekannt ist. Es schützt vor allem vor wiederkehrenden manischen Phasen. Auch der Valproinsäure wird eine phasenstabilisierende Wirkung zugeschrieben. Weiters werden Antiepileptika wie beispielsweise Lamotrigin eingesetzt, welche vor allem erneute depressive Phasen verhindern sollen (Assion & Vollmoeller, 2006).

Carbamazepin wird besonders bei PatientInnen bei denen die Lithium-Therapie nicht zum gewünschten Effekt führt eingesetzt (Lithium Non-responder) oder als unterstützende phasenprophylaktische Therapie zu Lithium (Lithium partial responder) (Gastpar et al., 2003).

Ferner werden auch den atypischen Antipsychotika vor allem Olanzapin prophylaktische Effekte in der Langzeitbehandlung der bipolaren Störung

zugeschrieben (Assion & Vollmoeller, 2006). Weitere wirksame Antipsychotika sind Quetiapin, Ziprasidon und Aripiprazol.

Wenn eine Monotherapie nicht zum Erfolg führt, muss eine Kombinationstherapie angestrebt werden.

Sehr häufig muss die Erhaltungstherapie über mehrere Jahre, oft auch lebenslang, fortgeführt werden. Eine wichtige Rolle hierbei spielt die Compliance der PatientInnen, denn ein abruptes Absetzen der Medikation ist mit enormen Rückfallraten verbunden (Gastpar et al., 2003).

### **b) Manische Episode**

Die Akuttherapie der manischen Phase stellt eine große Herausforderung für die behandelnden ÄrztInnen dar, da die PatientInnen durch ihr fehlendes Krankheitsgefühl nur wenig Verständnis für therapeutische Ansätze zeigen.

In der Akuttherapie der Manie werden vor allem Stimmungsstabilisierer (Lithium, Carbamazepin, Valproat) und atypische Neuroleptika eingesetzt.

Die Therapie der Wahl bei der klassischen und euphorischen Manie ist Lithium. In letzter Zeit wurde auch bei der Valproinsäure und Carbamazepin eine antimanische Wirksamkeit erkannt. Diese zeigten vor allem ein gutes Ansprechen bei den speziellen Formen wie Mischzuständen, Rapid Cycling, psychotischer Manie oder bei einem komorbiden Substanzmissbrauch, bei denen sich Lithium als weniger effektiv erwiesen hat (Assion & Vollmoeller, 2006).

Bei unzureichendem Therapieansprechen können die genannten Medikamente miteinander kombiniert werden, z.B. Lithium + Carbamazepin, Lithium + Valproinsäure (Gastpar et al., 2003).

Bei den atypischen Neuroleptika steht Olanzapin an erster Stelle der antimanischen Therapie. Quetiapin, Aripiprazol, Clozapin und Ziprasidon zählen auch zu den Antipsychotika, die zur Therapie der Manie eingesetzt werden.

Eine verstärkte Wirksamkeit der Kombinationstherapie mit Olanzapin und einem Stimmungsstabilisator zeigte sich im Vergleich zu dessen Monotherapien (Assion & Vollmoeller, 2006).

Einen hohen Stellenwert in der antimanischen Therapie werden den Sedativa zugeschrieben, denn im klinischen Alltag reichen die oben erwähnten pharmakologischen Substanzen oft nicht aus. Die zusätzliche Gabe von Benzodiazepinen wie beispielsweise Clonazepam, Lorazepam und Diazepam

erwies sich als überaus wirksam bei Agitation und Aggressivität in der akuten Manie, sowie bei Angstzuständen und Schlafstörungen (Wagner & Bräunig, 2006). Reizabschirmung ist eine einfache und gut wirksame zusätzliche Möglichkeit in der Behandlung der akuten Manie.

### **c) Depressive Episode**

Die Therapie der depressiven Phase unterteilt sich zum Einen in die Behandlung mit Psychopharmaka (Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren und atypische Antipsychotika) und zum Anderen in nicht pharmakologische Verfahren.

Da bei PatientInnen in depressiven Stimmungszuständen eine erhöhte Neigung zu suizidalen Handlungen gegeben ist, sollte bei jeder/jedem Erkrankten versucht werden das individuelle Risiko abzuschätzen. Daraus resultiert dann die Entscheidung ob eine ambulante oder eine stationäre Therapie von Vorteil wäre (Möller et al., 2009).

Obwohl die depressiven Phasen vermehrt das Krankheitsbild der bipolaren Störung bestimmen, wurde die Therapie der Manie deutlich ausführlicher untersucht als die der bipolaren Depression (Frye, 2011).

Erwiesen ist, dass die Therapie mit Stimmungsstabilisatoren die Basis jeder Behandlung von bipolaren Störungen darstellen soll. Zu dieser Gruppe zählen Lithium, Carbamazepin und Lamotrigin. All diese Medikamente haben eine geprüfte antidepressive Wirkung.

Lithium ist das Mittel der Wahl zur Behandlung einer akuten bipolaren Depression und zur Prophylaxe. Lithium wirkt als einziges dieser Medikamente nicht nur antidepressiv, sondern auch phasenprophylaktisch und antisuizidal.

Häufig werden bei akuten depressiven Verstimmungen immer noch Antidepressiva eingesetzt, trotz ihrer bekannten negativen Auswirkungen. Ein großer Nachteil dieser Medikamente ist, dass sie häufig Auslöser für das sogenannte Switch-Phänomen sind. Dies beschreibt den plötzlichen Wechsel in eine manische Phase. Dieser Effekt kann durch eine parallele antimanische Therapie (z.B. Lithium, Valproat, Carbamazepin) eingedämmt werden. Das Risiko für diesen plötzlichen Stimmungswechsel ist im Vergleich zu den SSRI's und MAO-Hemmern vor allem bei den trizyklischen Antidepressiva signifikant erhöht. Daher sollten beim Einsatz von Antidepressiva Trizyklika vermieden werden (Assion & Vollmoeller, 2006).

Eine weitere Problematik dieser pharmakologischen Therapie stellt vor allem für das weibliche Geschlecht das Rapid Cycling dar. Antidepressiva können nämlich diese ungünstige Verlaufsform der bipolaren Störung begünstigen (Freeman & Gelenberg, 2005).

Für die bipolare Depression werden weiters auch häufig atypische Neuroleptika eingesetzt. Laut Food and Drug Administration (FDA) werden Quetiapin und der Kombination aus Olanzapin und Fluoxetin eine besondere Wirksamkeit zugeschrieben. Sie sind zur Behandlung der akuten Manie oder der Depression geeignet und verursachen nur selten ein sogenanntes Switch-Phänomen (Frye, 2011).

Größere Konzerne untersuchten die Nebenwirkungen der Monotherapie mit Quetiapin und der Kombinationstherapie mit Olanzapin und Fluoxetin. Gewichtszunahmen und somit ein erhöhtes Risiko für Diabetes sind typische Folgen der Therapie. Weiters zeigte sich eine Neigung zu tardiven Dyskinesien.

Die atypischen Neuroleptika weisen jedoch ein deutlich minimaleres Risiko für die Entwicklung extrapyramidaler Symptome auf als die erste Generation der Neuroleptika wie z.B. Haloperidol. Langzeitstudien über diese Nebenwirkung bei der bipolaren Therapie gibt es derzeit noch keine (Frye, 2011).

Bei leichten depressiven Verstimmungen sollte eine Monotherapie mit antidepressiv wirksamen Stimmungsstabilisatoren angestrebt werden. Laut bekannten Studien sind Lithium und Lamotrigin hierfür am besten geeignet (Assion & Vollmoeller, 2006).

### **Nicht pharmakologische Therapiemöglichkeiten**

Um die Compliance der Erkrankten zu verbessern werden psychotherapeutische und psychoedukative Verfahren für die Therapie der BIP empfohlen. Beide Therapieoptionen erwiesen sich als sehr effektiv, vor allem im Bereich der Langzeitbehandlung bei BIP.

Bei der Psychoedukation werden die PatientInnen und ihre Angehörigen speziell in Hinblick auf die zugrundeliegende Erkrankung informiert. Das damit erworbene Wissen über die Krankheit und ihre Behandlung soll den Erkrankten helfen ihre Situation besser zu verstehen und so in weiterer Folge die Bewältigung ihrer Erkrankung fördern (Wagner & Bräunig, 2006).

Auch an der Grazer Universitätsklinik für Psychiatrie wird die Psychoedukation seit Jahren erfolgreich bei PatientInnen mit einer BIP angewandt. Sie zählt zu den wichtigsten Stützfeilern in der Behandlung der BIP.

Weitere biologische Therapiemaßnahmen bei BIP sind die Phototherapie, Schlafentzugsbehandlung und die Elektrokrampftherapie, in erster Linie zur Behandlung sogenannter therapieresistenter depressiver Episoden.

## **2.9.Komorbiditäten**

Die BIP ist oft mit anderen psychischen Erkrankungen vor allem mit koexistenten Achse I-Erkrankungen verbunden. Laut McElroy et al. (2001) weisen 65% der an einer BIP erkrankten Personen DSM-IV Kriterien für mindestens eine komorbide Achse I-Störung auf. Die häufigsten Komorbiditäten sind Angststörungen und substanzbezogene Störungen. Hier spielen überwiegend Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. –abhängigkeit eine entscheidende Rolle. Weiters zählen Essstörungen zu den mehrfach mit der bipolaren Störung in Verbindung stehenden Begleiterkrankungen. PatientInnen mit koexistenten Achse I-Erkrankungen erleiden meist früher erste Stimmungsepisoden und weisen schnellere Phasenwechsel und intensivere Episoden auf (McElroy et al., 2001).

Eine Neigung zu Zwangssymptomen wurde besonders in den symptomfreien Episoden festgestellt. Weiters nehmen Cluster B-Persönlichkeitsstörungen einen Teil der bipolaren Komorbiditäten ein (Assion & Vollmoeller, 2006).

## **3.Substanzmissbrauch und bipolare Störung**

### **3.1.Abhängigkeitsdefinition**

*„Sucht ist nach WHO ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, der für das Individuum und die Gemeinschaft schädlich ist“ (Möller et al., 2009, S.307).*

Bei einer Abhängigkeit steht der starke Wunsch eine gewisse Substanz einzunehmen im Vordergrund, andere Interessen werden aufgrund dessen vernachlässigt. Diese Personen haben Probleme den Konsum zu kontrollieren und

führen diesen trotz vorhandener schädlicher Folgen fort. Durch den ständigen Kontakt mit den Substanzen kommt es zur Toleranzentwicklung und es führt zu Entzugssymptomen, wenn man den Konsum beendet oder reduziert. Die Substanz wird häufig auch zu Vermeidung einer Entzugssymptomatik weiter konsumiert. Laut ICD-10 spricht man von einer Abhängigkeit, wenn mindestens drei der oben erwähnten Kriterien erfüllt sind (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009).

### **3.2.Schädlicher Gebrauch**

Laut ICD-10 liegt ein schädlicher Gebrauch vor, wenn der Substanzkonsum zu psychischen, physischen und sozialen Konsequenzen führt und die Merkmale einer Abhängigkeit nicht zutreffen. Die Verwendung des Begriffs „Missbrauch“ wurde durch den schädlichen Gebrauch ersetzt (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009).

### **3.3.Psychische versus Physische Abhängigkeit**

Verspürt man ein unwiderstehliches Verlangen nach einer gewissen Substanz spricht man von einer psychischen Abhängigkeit.

Im Gegensatz dazu äußert sich eine physische Abhängigkeit durch eine stetige Dosissteigerung aufgrund der Toleranzentwicklung und durch eine charakteristische Entzugssymptomatik (Möller et al., 2009).

### **3.4.Komorbider Substanzabusus**

Eine koexistente Substanzabhängigkeit ist relativ häufig bei Personen mit BIP. PatientInnen mit dieser Erkrankung weisen dreimal höhere Missbrauchsraten von illegalen Substanzen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf (Lagerberg et al., 2010).

Der Substanzmissbrauch ist eine der häufigsten Komorbiditäten dieser affektiven Störung. Hierbei steht der schädliche Gebrauch von Alkohol an erster Stelle gefolgt von Cannabis, Kokain und Opioiden (Cassidy et al., 2001).

**Tabelle 2: Substanzmissbrauch in Prozent**

Alkohol- und Drogenmissbrauch	59%
Alkoholmissbrauch	48,5%
Allg. Drogenmissbrauch	43,9%
Cannabissmissbrauch	36%
Kokainmissbrauch	24,%
Opioidmissbrauch	1,0%

Eine zusätzliche Substanzabhängigkeit ist oft der Grund eines Nichterkennens der bipolaren Störung oder umgekehrt. Sowohl für Substanzmissbrauch als auch für Substanzabhängigkeit sind episodisch auftretende Phasen von Stimmungstiefs und gesteigerter Energie charakteristisch, was die Unterscheidung dieser zwei Krankheitsbilder schwierig macht. Ein weiteres Problem der häufigen Fehldiagnosen ist, dass aufgrund dieser der Fokus vor allem auf die nicht für die bipolare Störung typischen Symptome gelegt wird, sondern auf die der fälschlicherweise gestellten Diagnose (Stewart & El-Mallakh, 2007).

### **3.5.Epidemiologie**

Laut einer Studie von Regier et al. (1990) beträgt die Lebenszeitprävalenz einer Substanzabhängigkeit 61% bei PatientInnen mit einer Bipolar I-Störung und 48% bei einer Bipolar II-Störung im Vergleich zu 6% bei der Normalbevölkerung. Dies zeigt zum Einen ein verstärktes Missbrauchsverhalten bei der Gruppe der Bipolar I Erkrankten und zum Anderen ein deutlich erhöhtes Risiko beider im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Regier et al., 1990).

Alkoholmissbrauch tritt bei Personen mit manischen Episoden sechsmal häufiger auf als bei der Allgemeinbevölkerung (Frye & Salloum, 2006)

Das Stanley Foundation Bipolar Network evaluierte, dass die Lebenszeitprävalenz einer Alkoholabhängigkeit für Männer mit BIP bei 49% und für Frauen bei 29% liegt (Frye et al., 2003).

Insgesamt haben zwar Männer häufiger ein komorbides Substanzproblem, jedoch besteht bei Frauen ein viermal größeres Risiko eine Alkoholabhängigkeit und eine

siebenmal höhere Wahrscheinlichkeit eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung (Hendrick et al., 2000).

Zusätzlich kristallisierte sich heraus, dass Frauen mit einem Alkoholproblem im Vergleich zu Frauen ohne diese Abhängigkeit vermehrt einen Polysubstanzmissbrauch, eine positive Familienanamnese bezüglich Alkohol, vier oder mehr vorangegangene depressive Phasen, eine Vergangenheit mit verbalen Missbräuchen und eine Sozialphobie aufweisen (Frye et al., 2003).

Weiters zeigte sich, dass Personen mit einer Bipolar I- und II-Störung die höchste Lebenszeitprävalenz für einen Alkoholmissbrauch (46,2%) bzw. –abhängigkeit (19,2%) aufweisen, gefolgt von Menschen mit einer Schizophrenie (33,7%), Panikstörung (28,7%), unipolaren Depression (16,5%) und der Normalbevölkerung (13,8%) (Frye & Salloum, 2006).

Chengappa et al. (2000) verglichen die Konsumgewohnheiten von PatientInnen mit einer Bipolar I- und jenen mit einer Bipolar II-Störung. Das Ergebnis zeigte, dass 57,8% der StudienteilnehmerInnen mit einer Bipolar I-Störung bzw. 39% mit einer Bipolar II-Störung einen Missbrauch bzw. eine Abhängigkeit einer oder mehrerer Substanzen oder Alkohol aufwiesen. 28,2% (Bipolar I) bzw. 17% (Bipolar II) missbrauchten bzw. waren abhängig von zwei Substanzen oder Alkohol. Bei 11,3% der Interviewten mit einer Bipolar I-Störung und 11% der mit einer Bipolar II-Störung trafen diese Kriterien sogar bei drei oder mehr Substanzen zu. Alkohol war die meist konsumierte Substanz in dieser Studieneinheit (Chengappa et al., 2000).

Mit zunehmenden Alter sinkt die Substanzmissbrauchsrate bei Personen mit einer BIP (Cassidy et al., 2001).

### **3.6.Auswirkungen auf den Verlauf**

Im Großen und Ganzen ist sehr wenig über die Stimmungsveränderungen und den Substanzmissbrauch im Zusammenhang mit der bipolaren Erkrankung bekannt. Erwiesen ist eine Verbindung zwischen Cannabis-Missbrauch und (hypo-) manischen Phasen. Im Gegensatz dazu ist Alkoholmissbrauch vor allem mit depressiven Episoden assoziiert (Baethge et al., 2008).

Laut einer Studie von Stewart und El-Mallakh (2007) erfüllten nur 43% der zuvor als bipolar diagnostizierten PatientInnen die Kriterien dieser Erkrankung. Die

restlichen Personen zeigten lediglich Merkmale für substanzinduzierte Stimmungsschwankungen auf.

In einer Arbeit von Mitchell et al. (2007) wird beschrieben, dass die (Hypo-) Manie als treibende Kraft der Substanzabhängigkeit angenommen wird. Diese Vorstellung lässt vermuten, dass ein komorbides Substanzproblem mehr als nur eine koexistente Krankheit der bipolaren Störung darstellt (Mitchell et al., 2007). Der Substanzmissbrauch dient bei Menschen mit einer BIP häufig zunächst dem Versuch der Selbstmedikation, jedoch wird dieser trotz ungenügender Symptomverbesserung meist fortgesetzt. Weiters stellte sich heraus, dass PatientInnen mit einer BIP ihren Stimulantienegebrauch während der Manie steigern, um ein höheres Ausmaß dieser zu erreichen (Mitchell et al., 2007).

Ebenso erwähnenswert ist, dass PatientInnen mit BIP und einer komorbiden Substanzabhängigkeit ein dreimal höheres Risiko aufweisen zusätzlich eine Angststörung zu entwickeln und sie leiden vermehrt an begleitenden Achse II-Störungen. Ein weiterer wesentlicher Faktor bei dieser Komorbidität ist, dass das stark erhöhte Suizidrisiko der PatientInnen mit einer BIP durch den Substanzmissbrauch nochmals ansteigt (Mitchell et al., 2007).

Substanzmissbrauch führt zu einer ungünstigeren Langzeitprognose gekennzeichnet durch vermehrte Rückfälle, schlechteres Therapieansprechen und erhöhte Sterblichkeit (Baethge et al., 2008).

Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine gleichzeitige Alkoholkrankung das Krankheitsbild der bipolaren Störung verändert. Frye und Salloum (2006) haben die wichtigsten Veränderungen in ihrer Übersichtsarbeit zusammengefasst. Durch das komorbide Alkoholproblem treten vermehrt gemischte oder dysphorische manische Phasen auf. Eine gesteigerte Neigung zu Rapid-Cycling wurde hierbei auch beobachtet, sowie eine verstärkte Ausprägung der depressiven und manischen Phasen und eine erhöhte Rate an Suizidalität, Aggressionen und Impulsivität. Weiters erkannte man, dass das Erkrankungsalter der bipolaren Störung mit komorbider Alkoholkrankung mit 20 Jahren deutlich unter dem durchschnittlichen Krankheitsbeginn der alleinigen bipolaren Störung (25 J.) bzw. der alleinigen Alkoholabhängigkeit (27 J.) liegt (Frye & Salloum, 2006).

PatientInnen mit einer BIP und einem gleichzeitigen Substanzproblem leiden häufiger an multiplen körperlichen Begleiterkrankungen. Die Raten an kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes und Dyslipidämien sind hoch.

Komorbider Alkohol- und Drogenmissbrauch steigert das Risiko für zusätzliche internistische Krankheiten um das Drei- bis Achtfache. Bei PatientInnen mit einem Rapid- Cycling wurde eine starke Verbindung zu einem erhöhten Body Mass Index (BMI) und einer großen Anzahl an DiabetikerInnen gefunden, welche zusätzlich ein vermindertes Therapieansprechen aufweisen (Kemp et al., 2009).

### **3.7.Auswirkungen auf die Therapie**

Eine zusätzliche Substanzabhängigkeit erschwert nicht nur die Diagnose sondern auch die Therapie der bipolaren Störung. Deswegen wäre eine frühzeitige richtige Diagnosesicherung überaus wichtig für ein optimales Therapieoutcome, was sich jedoch aufgrund der hohen Komorbiditätsrate der beiden Erkrankungen als sehr schwierig herausstellte.

Bei der Evaluation bipolarer PatientInnen ist die Frage über einen eventuellen Substanzmissbrauch von enormer Bedeutung für das weitere therapeutische Management (Brown et al., 2001).

Verschiedene Daten sprechen dafür, dass ein verminderter Substanzkonsum mit einer gefestigten Stimmungslage verbunden ist. Diesen Ergebnissen nach sollte die Therapie der bipolaren Störung bei diesen PatientInnen im Vordergrund stehen.

Limitierte Tier- und Menschenstudien ergaben, dass eine pharmakologische Behandlung mit Antikonvulsiva und atypischen Antipsychotika zu einem besseren Therapieoutcome führen als Lithium und traditionelle Neuroleptika bei PatientInnen mit einer BIP und einem komorbiden Substanzproblem. Für jede neue pharmakologische Therapie sollten die potentiellen Risiken abgewogen und berücksichtigt werden. Wichtig ist eine vorhandene Compliance dieser PatientInnen, denn regelmäßige Spiegelkontrollen sind z.B. bei einer Lithiumtherapie von enormer Bedeutung für das weitere therapeutische Vorgehen (Brown et al., 2001). Engmaschige toxikologische Harnscreenings zählen auch zum Medikamentenmonitoring.

## **4. Psychische Störungen in der Schwangerschaft und Postpartum**

### **4.1. Schwangerschaftsdepression**

Eine Schwangerschaft und die damit verbundenen hormonellen Veränderungen stellen für viele Frauen eine enorme psychische und physische Herausforderung dar. Die Punktprävalenz für die Entwicklung einer Depression während der Schwangerschaft liegt laut mehreren Studien zwischen 8,5% und 11% (Dietz et al., 2007).

Das Erkennen einer Depression bei einer Schwangeren erweist sich als schwierig, da typische Symptome wie Schlafstörungen, verminderte Libido oder Appetitveränderungen sowohl als schwangerschaftstypische Veränderungen angesehen werden, aber auch Merkmale einer Depression widerspiegeln können (Krüger, 2009). Die Präsenz klinischer Merkmale wie tägliche Stimmungsänderungen und Hypersomnie während depressiven Episoden sollen als Anhaltspunkte für eine bipolare Depression fungieren (Forty et al., 2008). Die Auswirkungen psychischer Störungen während der Gravidität können einen problematischeren Schwangerschaftsverlauf und ein schlechteres Outcome mit sich bringen. Eine nicht therapierte Schwangerschaftsdepression kann negative Auswirkungen wie beispielsweise inadäquate Gewichtszunahme des Fetus, Frühgeburten, zu kleine Neugeborene (SGA= small for gestational age) (Lee & Lin, 2010), eine vermehrte Anzahl an Kaiserschnitten oder instrumentellen vaginalen Geburten und postnatale Komplikationen nach sich ziehen (Burt & Quezada, 2009).

### **4.2. Baby-Blues**

Als Baby-Blues bezeichnet man eine kurze Episode mit leichtem emotionalen Ungleichgewicht, welche durch Symptome wie Dysphorie, labilen Stimmungszustand, verminderten Appetit, Insomnia, Ängste und Gereiztheit gekennzeichnet ist. Die typischen Stimmungsäußerungen treten bei 85% der Frauen ein paar Tage nach der Geburt auf und verschwinden für gewöhnlich um

den 10.Tag post partum. In den meisten Fällen sind keine therapeutischen Maßnahmen indiziert. Der Baby-Blues kann eine Postpartum-Depression einläuten (Sharma et al., 2009).

### **4.3.Postpartum-Depression**

Sharma et al. haben in ihren Arbeiten (2009, 2010) die Problematik der Postpartum-Depression zusammengefasst, auf die ich nun näher eingehen möchte.

Die Postpartum-Depression ist eine häufige und ernst zunehmende Funktionsstörung an der bis zu 22% der Frauen kurz nach der Geburt erkranken, vor allem in den ersten vier Wochen. Sie folgt ganz unterschiedlichen Krankheitsverläufen. Die Episoden können kurz sein und spontan verschwinden, jedoch zeigen mehrere Daten, dass ungefähr 25% der Frauen auch noch ein Jahr nach der Geburt ihres Kindes immer noch an Depressionen leiden (Sharma & Khan, 2010).

Eine diagnostizierte psychische Störung, vor allem die bipolare affektive Störung, vor der Schwangerschaft stellt den stärksten Prädiktor für das Erkranken an einer Postpartum-Depression dar. Die Ursache dafür ist unklar. Jedoch wird ein Zusammenhang mit dem abrupten Abfall der Fortpflanzungshormone und/oder der Downregulation der Neurorezeptoren nach der Geburt vermutet. Sehr gefährdet sind Frauen, die schon einmal an einer Depression oder Postpartum-Depression litten oder eine positive Familienanamnese bezüglich einer affektiven Störung aufweisen. Stressvolle Lebensereignisse und eine geringe soziale Unterstützung sind weitere wesentliche Einflussfaktoren für die Entwicklung einer Postpartum-Depression (Sharma et al., 2009).

Über 50% der Frauen, die durch postpartale Verstimmungen auffällig wurden, leiden nun an einer BIP. Daher ist es wichtig eine Postpartum-Depression genau auf eine eventuell vorliegende affektive Störung zu untersuchen. Hierbei spielen Fragen über (hypo-)manische Episoden eine entscheidende Rolle (Sharma & Khan, 2010).

#### **4.4. Postpartum-Psychose**

Die Postpartum-Psychose kommt relativ selten vor. Sie tritt nur bei 1-2 von 1000 Frauen kurz nach der Geburt auf (Chaudron & Pies, 2003). Die Bandbreite der Symptomatik beinhaltet Verkennung von Situationen, psychomotorische Unruhe, Aggressionen und Halluzinationen, die nicht selten mit dem Thema „Kind“ in Verbindung stehen. Postpartale Psychosen zählen zu den medizinischen Notfällen, da durch das Verhalten nicht nur die Müttern selbst, sondern auch die Säuglinge gefährdet sind (Amberger & Roll, 2010).

Bei bekannter BIP ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer postpartale Psychose drastisch erhöht (260 Psychosen auf 1000 Entbindungen). Am stärksten gefährdet sind diejenigen, die selbst oder bei denen Familienangehörige an einer bipolaren Störung oder Postpartum-Psychose erkrankt sind. Hier steigt das Risiko auf 570 Psychosen/1000 Geburten (Jones & Craddock, 2001).

#### **4.5. Postpartum-Hypomanie**

Bereits vor Jahren wurde über ein häufiges Auftreten von hypomanischen Symptomen nach der Geburt berichtet. Das beschriebene Hochgefühl am ersten Tag post partum tritt häufig auf und scheint intensiver zu sein als ein situationsadäquates Glücksgefühl. Die damit verbundenen Symptome beinhalten gesteigerte zielgerichtete Aktivität, vermehrten Rededrang, vermindertes Schlafbedürfnis, Gereiztheit etc. Das postpartale Hochgefühl reflektiert laut einer Studie aus 1994 nicht die Freude über das Neugeborene, sondern verkörpert eine Erscheinungsform der bipolaren Störung (Sharma et al., 2009).

Eine Studie welche die High-Scales (= ein Selbstbeurteilungsinstrument um das Phänomen des postpartalen Hochgefühls zu erforschen) auch außerhalb der Postpartum-Periode angewandt hat, zeigte einen Anstieg der Wahrscheinlichkeit für eine Hypomanie von 1,4% während der Schwangerschaft auf 11,7% in der frühen Postpartum-Phase. Im Verlauf der ersten Woche nach der Geburt konnte man einen stufenweisen Abfall der hypomanischen Symptome beobachten (Heron et al., 2009).

## **5.Schwangerschaft und Postpartum bei bipolarer Störung**

### **5.1.Schwangerschaft**

Eine Schwangerschaft stellt für viele Frauen eine Zeit mit psychischen und physischen Veränderungen dar.

Nach neuesten Studien kann man davon ausgehen, dass eine Schwangerschaft nicht vor Stimmungsepisoden schützt und eine Zeit mit erhöhtem Rückfallrisiko darstellt (Burt & Chezada, 2009).

Eine Studie von Lee und Lin (2010) hat ergeben, dass Frauen mit einer BIP deutlich mehr ungünstige Schwangerschaftsausgänge erleben müssen als gesunde Frauen. Sie weisen ein gesteigertes Risiko für Kinder mit einem geringen Geburtsgewicht und zu kleinen nicht dem Gestationsalter entsprechenden Säuglingen auf. Weiters ist die Frühgeburtenrate und die Anzahl der Totgeburten im Vergleich zu Frauen ohne psychische Störung deutlich erhöht (Lee & Lin, 2010).

### **5.2.Medikamentengabe in der Schwangerschaft**

Eine ausführliche Aufklärung über die Nutzen und Risiken einer medikamentösen Therapie sollte vor jeder Medikamenteneinnahme bzw. –abbruch stehen, egal ob eine Schwangerschaft vorliegt oder nicht.

Die Grundvoraussetzung für eine mögliche medikamentöse Therapie während der Schwangerschaft ist eine detaillierte Aufklärung über die Risiken der Teratogenität und die einer Nichtbehandlung. Eine unbehandelte Depression/Manie könnte riskante Verhaltensweisen und einen schädlichen Substanzkonsum erhöhen und zu Konsequenzen für Mutter und Fetus führen (Curtis, 2005).

Das Hauptproblem der Psychopharmaka ist, dass die meisten Medikamente teratogen wirksam sind und die Frauen oft erst nach Ausbleiben derer Monatsblutung an eine mögliche Gravidität denken, d.h. in der fünften bis sechsten Schwangerschaftswoche. Zu diesem Zeitpunkt ist die Organogenese des Feten bereits abgeschlossen und somit die kritischste Phase für die Entwicklung fetaler Fehlbildungen vorüber (Krüger, 2009).

Das Ziel einer medikamentösen Behandlung der BIP während der SS ist Rückfälle zu verhindern. Viguera et al. (2000) verglichen retrospektiv die Rückfallraten von Frauen mit einer BIP während der Schwangerschaft und in der Postpartum-Phase nach Abbruch der Lithiumtherapie im Vergleich mit nicht schwangeren bipolaren Frauen im selben Zeitraum. Der Anteil an Rezidiven während der ersten 40 Wochen nach Lithiumunterbrechung war für alle Studienteilnehmerinnen der Selbe. Bei jenen, die über den genannten Zeitraum stabil waren, zeigte sich eine 2,9-mal höhere Relapserate postpartal als bei den Nichtschwangeren nach 41 bis 64 Wochen. Vermehrt wurden depressive und dysphorische Phasen bei der Gruppe der Schwangeren vorgefunden. Man erkannte eine größere Anzahl an Rückfällen bei den Frauen, die bereits sehr früh an affektiven Stimmungsepisoden litten. Kein Unterschied war zwischen Bipolar I und Bipolar II nachweisbar. Laut dieser Studie ist eine Schwangerschaft „risikoneutral“, d.h. sie wirkt sich weder protektiv noch negativ auf die zugrundeliegende Störung aus. Die resultierende erhebliche Rezidivrate beider Gruppen spiegelt das generell hohe Risiko für Rückfälle bei Unterbrechung der Therapie mit Stimmungsstabilisierern wider (Viguera et al., 2000).

70% der Frauen entscheiden sich nach Bekanntwerden einer Schwangerschaft für eine Unterbrechung der pharmakologischen Therapie ohne über die Folgen nachzudenken. Durch das Absetzen der Tabletten steigt die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall auf das Doppelte an (85,5% vs.37%). Ohne Behandlung leiden diese Frauen 40% der Gravidität an bipolaren Symptomen verglichen mit 8,8% bei jenen, die ihre Therapie trotz Schwangerschaft fortgesetzt haben. Weiters zeigte sich, dass das Rückfallrisiko deutlich höher ist, wenn man die medikamentöse Therapie abrupt abbricht, verglichen mit einer langsamen, d.h. über Wochen, Dosisreduktion. Ein früher Krankheitsbeginn, lange Krankheitsdauer, viele Rezidiven, Rapid-Cycling in der Anamnese, Selbstmordversuche, das Vorhandensein komorbider Störungen und die Einnahme von Antidepressiva sind negative Einflussfaktoren für die Entwicklung eines Rückfalls während der Schwangerschaft. Für jede schwangere Frau sollte daher individuell, je nach Krankheitsgeschichte, dem aktuellen psychischen Zustand, frühere Schwangerschaften und Postpartum-Perioden, ein Therapieplan erstellt werden (Viguera et al., 2007).

Freeman und Gelenberg (2005) kommen in ihrer Überblicksarbeit zu dem Schluss, dass sich Frauen, die sich für das Fortsetzen ihre Medikamente entscheiden, regelmäßigen Screeninguntersuchungen unterziehen sollten wie beispielsweise Level II Ultraschall, Echokardiographien, etc., um mögliche damit verbundene Fehlbildungen frühzeitig erkennen zu können (Freeman & Gelenberg, 2005).

Die rechtzeitige Aufklärung junger, gebärfähiger Frauen mit einer BIP über die Relevanz der frühzeitigen Planung einer Schwangerschaft bildet den Grundstein für eine optimale therapeutische Begleitung in diesem Lebensabschnitt.

Als bestmögliche medikamentöse Behandlungsform während der Schwangerschaft soll eine Monotherapie mit minimal effektiver Dosis angestrebt werden (Yonkers et al., 2004).

Aufgrund der hohen Prävalenz einer bipolaren Depression und den beträchtlichen Konsequenzen einer Fehldiagnose wird laut dem Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments und der International Society for Bipolar Disorders Guidelines 2009 ein generelles Screening aller Schwangeren auf eine mögliche bipolare affektive Störung empfohlen. Dies könnte zu einer früheren Identifikation von Hochrisiko-Frauen führen. Bei diesen sollte man dann versuchen das Risiko abzuschätzen und eine individuelle Therapieplanung in Erwägung ziehen, welche engmaschige Kontrollen und Monitoring während der Risikoperiode beinhalten sollen. Dadurch könnten auch etwaige vermeidbare Risikofaktoren wie vermehrter Stress und verminderter Schlaf in der späten Schwangerschaft und frühen Postpartum-Phase verhindert werden (Sharma et al., 2009).

Es wäre daher wünschenswert, dass gebärfähige Frauen mit einer BIP bei bestehendem Wunsch auf Familienzuwachs ihre/n betreuende/n Ärztin/Arzt kontaktieren, um das weitere therapeutische Management rechtzeitig besprechen zu können. Somit kann die Therapie auf die bevorstehende Schwangerschaft angepasst und die Risiken sowohl für das Ungeborene als auch für die Mutter so minimal wie möglich gehalten werden.

### **5.3. Postpartum-Periode**

Die Postpartum-Periode stellt eine Zeit mit extrem hohem Risiko für Krankheitsepisoden bei Frauen mit einer BIP dar. In einer Studie von Freemann et al. (2002) berichteten 67% der Frauen mit einer BIP von postpartalen

Stimmungsepisoden. Es zeigte sich eine 100 %ige Rückfallrate im Anschluss an die darauffolgenden Geburten bei den Müttern, die nach der ersten Schwangerschaft an manischen bzw. depressiven Phasen litten. Die Phasen waren in den meisten Fällen depressiver Natur. Ein Großteil der untersuchten Frauen erhielt erst Jahre nach der Geburt ihrer Kinder die Diagnose einer BIP und/bzw. eine entsprechende Therapie. Deswegen konnten von 30 Studienteilnehmerinnen 27 Frauen keine medikamentöse Therapie mit psychotropen Substanzen vor, während bzw. kurz nach der Schwangerschaft aufweisen. Weiters zeigte sich, dass zahlreiche depressive Symptome während der Schwangerschaft mit postpartalen Stimmungsepisoden verbunden waren (Freeman et al., 2002).

57% der Frauen, die durch eine postpartale Depression auffällig wurden, leiden nun an einer bipolaren affektiven Störung. Sharma und Khan (2010) stellten weiters fest, dass eine nicht diagnostizierte BIP häufig mit therapieresistenten Postpartum-Depressionen einher geht (Sharma & Khan, 2010). Daher ist es wichtig eine Postpartum-Depression auf eine eventuell vorliegende affektive Störung zu untersuchen.

Die Relevanz einer psychiatrischen Anamnese vor oder während der Schwangerschaft ist laut einer schwedischen Studie ein Prädiktor für postpartale Stimmungsepisoden. Wenn in der Krankengeschichte keine psychiatrischen Krankenhausaufenthalte vorhanden waren, beträgt die Inzidenz für psychotische oder bipolare Episoden in den ersten drei Monaten nach der Geburt 0,04% und 0,01% bei den ersten Geburten. Frauen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte haben eine Inzidenz von 9,24% für psychotische und von 4,48% für bipolare Phasen. Die Länge und die Anzahl der früheren Klinikaufenthalte spiegeln wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung dieser Episoden wider (Burt & Quezada, 2009).

Eine positive Familienanamnese bezüglich dieser affektiven Erkrankung stellt ein hohes Risiko dar selbst an dieser Störung zu erkranken. Diese wird als der wichtigste externe Risikofaktor bezeichnet. Heutzutage ist der Zusammenhang familiärer Faktoren als Trigger für Postpartum-Depressionen bekannt, vor allem bei Frauen deren erste Stimmungsepisode bereits im jungen Alter auftrat (Sharma et al., 2009).

Vor allem die ersten vier Wochen nach der Geburt sind mit dem größten Risiko verbunden, da diese Phase für die Mütter eine Zeit mit vielen Veränderungen darstellt. Daher sollten Ärztinnen/Ärzte Frauen mit einer psychiatrischen Anamnese in den ersten Monaten nach der Geburt genauer und in kürzeren Abschnitten beobachten (Burt & Quezada, 2009).

#### **5.4. Medikamentengabe in der Postpartum-Periode**

Eine prospektive Studie von Sharma et al. (2006) fand heraus, dass Olanzapin alleine oder in Kombination mit einem Antidepressivum oder Mood-Stabilisierer mit einem geringeren Risiko für postpartale Stimmungsstörungen (18% vs. 57%) verbunden ist als eine Behandlung mit Antidepressiva, Mood Stabilizer oder keiner Medikation für ein Minimum von vier Wochen nach der Geburt (Sharma et al., 2006).

Die National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) ergab, dass nur 16% der Patientinnen mit einer Bipolar II-Störung und 8% mit NOS eine angemessene Therapie bekommen haben, während 46% und 68% der Frauen mit diesen Störungen gar keine Medikation erhalten haben. Das Problem besteht darin, dass die meisten fälschlicherweise der Major Depression zugeordnet wurden. Die Konsequenzen dieser Fehldiagnose sind beträchtlich in der postpartalen Periode, denn eine Monotherapie mit Antidepressiva kann eine Manie oder ein Rapid Cycling auslösen, was auch ein erhöhtes Risiko für Krankenhauseinweisungen nach sich ziehen kann (Sharma et al., 2009).

Laut neuesten Studien ist im Allgemeinen zu sagen, dass die Therapie der Wahl bei postpartalen Depressionen Antidepressiva sind. Jedoch ist es wichtig zu wissen, dass die meisten Frauen, welche unter diesen Medikamenten therapieresistente Postpartum-Depressionen aufweisen genau auf eine BIP untersucht werden müssen. Wenn man eine bipolare affektive Störung als zugrundeliegende Ursache der Postpartum-Depression nicht ausschließen kann, muss man mit der Gabe von Antidepressiva vorsichtig sein. Bei Nichtansprechen auf eine Therapie aus dieser Substanzgruppe oder bei jenen, die unter dieser Behandlung hypomanische Symptome entwickeln, sollten die Antidepressiva ausgeschlossen werden und Stimmungsstabilisierer und/oder atypische Neuroleptika verabreicht werden (Sharma & Khan, 2010).

Im Allgemeinen soll die Therapie der bipolaren postpartalen Depression den gleichen Guidelines folgen wie außerhalb des Wochenbetts und die Kompatibilität der ausgewählten Medikamente soll mit der Laktation gewährleistet sein. Die klinischen Kontrollen sollen auch den Schlaf-Wach-Rhythmus monitorisieren und einen ausreichenden Schlaf gewährleisten (Sharma et al., 2009).

## **6.Schwangerschaft und komorbider Substanzmissbrauch**

Ein Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft kann nicht nur Folgen auf der mütterlichen Ebene haben, sondern auch Schwangerschaftskomplikationen und fatale Konsequenzen für die embryonale Entwicklung nach sich ziehen.

- Die Auswirkungen des übermäßigen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft sind folgenschwer für die kindliche Entwicklung im Mutterleib. Der extreme Missbrauch von Alkohol in dieser Zeit kann zum fetalen Alkoholsyndrom (FAS) führen. Bis zu 3500 Kinder werden jedes Jahr in Deutschland mit einer Alkoholembryopathie geboren, welche mit schwerer Hirnschädigung und Verhaltensstörungen der Kinder einhergeht. Typische äußerliche Merkmale dieser Kinder sind Minderwuchs, fazialen Dismorphien und Mikrozephalie. Das Ausmaß der geistigen Behinderung zeigt sich oft erst im Laufe der ersten Lebensjahre. Neben der Beeinträchtigung des fetalen Zentralnervensystems sind Anomalien des Organsystems zusätzliche Konsequenzen des pränatalen Alkoholkonsums. Zu den Fehlbildungen zählen unter anderem angeborene Herzfehler. Zum Einen führt der extreme Missbrauch von Alkohol zu fatalen Entwicklungsstörungen der heranwachsenden Kinder. Zum Anderen zeigen Kinder, die durch diesen Substanzkonsum nur leicht geschädigt wurden ebenso charakteristische Merkmale auf wie beispielsweise übermäßigen Bewegungsdrang, Aufmerksamkeitsdefizite und verminderte Lern- und Denkfähigkeiten (Möller et al., 2009).
- Laut einer Übersichtsarbeit von Campologno et al. (2010) ist Cannabis die häufigste verwendete illegale Droge während der Schwangerschaft. Bereits ein geringer Konsum dieser Substanz ist neuroteratogen wirksam, was zu Verhaltensstörungen, kognitiven Einbußen und zu Bewegungsstörungen führt. Weiters sind diese Kinder später sehr gefährdet selbst ein Drogenproblem zu entwickeln (Campologno et al., 2010). Cannabiskonsum

kann auch zu Frühgeburten und Neugeborenen mit vermindertem Gewicht führen. Beim Konsum extremer Dosen können sich im schlimmsten Fall Herzfehler und anderen Organfehlbildungen entwickeln (Steinhausen, 2006).

- Die Kenntnisse über die Konsequenzen von Kokainmissbrauch in der Schwangerschaft und in den ersten Tagen postpartal sind sehr gering. Das Problem der Risikoabschätzung liegt nämlich darin, dass Kokainkonsum meist nicht isoliert auftritt, sondern in Kombination mit anderen Substanzen. Dies verschleiert den alleinigen Effekt des Kokains (Steinhausen, 2006). Laut einer sekundären Analyse von Bada et al. (2002) führt ein pränataler Kokainmissbrauch zu Wachstumsretardierungen des Ungeborenen ab der 32. Schwangerschaftswoche. Man erkennt vor allem eine deutliche Zunahme dieser in den zunehmenden Schwangerschaftswochen. Die damit verbundene Wachstumsminde- rung äußert sich in kleinerer Geburtsgröße, geringerem Geburtsgewicht und Kopfumfang (Bada et al., 2002). Die potentiellen Risiken einer Frühgeburt, Aborte, Totgeburten und Plazenta- Lösungen sind unter ausgeprägtem, pränatalem Drogeneinfluss erhöht (Rath & Friese, 2005).
- Heroinabhängigkeit in der Schwangerschaft ist häufig mit intrauteriner Wachstumsretardierung, vorzeitigem Blasensprung und einer erhöhten Frühgeburtenrate verbunden (Paulus & Lauritzen, 2003). Weiters zeigen sich, durch den Heroinkonsum der Mütter, Entzugssymptome bei den Neugeborenen in den ersten Tagen nach der Geburt. Diese Kinder werden durch vermehrtes Zittern und Schreien auffällig. Übererregbarkeit und Irritation sind charakteristische Zeichen des Entzugs. Die Stärke der Ausprägung dieser Symptome ist vom Ausmaß der intrauterinen Intoxikation abhängig (Steinhausen, 2006). Bei diesen Frauen wird eine Substitution mit Methadon bzw. Buprenorphin unter regelmäßigen Kontrollen empfohlen. Die tägliche Dosis ist vom vorangegangenen Konsumausmaß und der Entzugssymptomatik abhängig (Rath & Friese, 2005). Auf jeden Fall ist ein akuter Opiatentzug kontraindiziert, dies ist nämlich nicht nur mit Folgen für die werdenden Mütter, sondern auch mit geburtshilflichen Komplikationen wie beispielsweise vorzeitiger

Wehentätigkeit und intrauterinem Fruchttod verbunden (Paulus & Lauritzen, 2003).

- Neugeborene von Müttern mit einer Opiat- bzw. Benzodiazepinabhängigkeit leiden vor allem wenige Stunden nach der Geburt an Entzugssymptomen. Diese reichen von leichter Unruhe, starkem Schreien bis hin zu Ernährungsproblemen. Auch Störungen der Atemregulation und epileptische Anfälle wurden mit der mütterlichen Abhängigkeit in Verbindung gebracht (Rath & Friese, 2005).

Studien mit Schwangeren ergaben, dass 5% dieser Frauen illegale Drogen und 15% Alkohol während der Gravidität konsumieren. Bei einem Screening von 2684 stationär behandelten, schwangeren Frauen wurde der Substanzkonsum an 30 darauffolgenden Tagen dokumentiert. Es zeigte sich, dass 6% Alkohol, 6% Cannabis, 1% Kokain, 1% Sedativa und weniger als 1% Heroin in den letzten 30 Tagen konsumierten. 12% der teilnehmenden Frauen konsumierten mindestens eine der erwähnten Substanzen im letzten Monat (Yonkers et al., 2010).

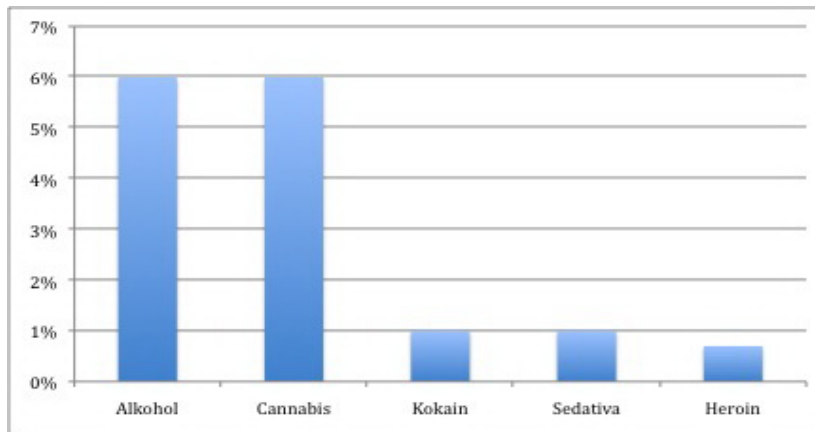


Abbildung 7: prozentueller Substanzkonsum während der SS

Eine retrospektive Kohortenstudie von Pinto et al. (2010) untersuchte drogenabhängige Frauen und deren Substanzkonsumverhalten während der Schwangerschaft. Die Studie ergab, dass die gängigste Droge dieser Gruppe Methadon war, was wahrscheinlich auf das Substitutionsprogramm mit diesem Medikament zurückzuführen ist. Dieser Konsum war in 72,4% mit dem Missbrauch anderer Substanzen wie beispielsweise Heroin (66,8%), Kokain (33,2%) und Benzodiazepinen (11,3%) verbunden. 51,3% der abhängigen Frauen

verabreichten sich ihre Drogen intravenös während der SS. Weiters zeigte sich, dass diese Frauen in 97,6% zusätzlich rauchten, im Vergleich zu 34,1% der Frauen aus der Kontrollgruppe. In 25% der Fälle war der Drogenkonsum mit Frühgeburten, in 30,8% mit geringem Geburtsgewicht und in 25% mit Wachstumsretardierungen assoziiert (Pinto et al., 2010).

## **7.Schwangerschaft und komorbider Substanzkonsum bei Frauen mit einer BIP**

Substanzmissbrauch ist bei Frauen mit einer BIP immer noch stark vertreten, obwohl die teratogene Wirkung bekannt ist und man weiß, dass dieser den Schwangerschaftsverlauf verkomplizieren kann. Forschung auf dem Gebiet Schwangerschaft bei Frauen mit einer BIP und komorbidem Substanzmissbrauch wurde bis heute kaum betrieben, weshalb auch nur wenig verwertbare Daten vorhanden sind.

In der vorliegenden Studie wurde im Speziellen auch ein Augenmerk auf den Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft bei Patientinnen mit einer BIP gelegt. Ergebnisse dazu sind unter Kapitel 7 zu finden.

## **8. Die Studie**

Das Ziel der Studie ist es, Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Schwangerschaft und bipolarer Störung bei Patientinnen mit komorbiden Substanzabusus zu untersuchen.

Im Hinblick auf den Substanzkonsum während der Schwangerschaft und Postpartum-Periode sollen bei dieser klinischen Untersuchung folgende Fragestellungen geklärt werden:

- Sind Frauen mit einer BIP häufiger von dem Problem der Alkoholabhängigkeit betroffen als gesunde Frauen?
- Neigen Personen mit einer BIP zu einem vermehrten Alkoholkonsum bzw. Drogenkonsum während der Schwangerschaft?
- Gibt es Unterschiede im Konsumverhalten bei den Frauen mit einer BIP ohne Kind und bei denen mit Kind?

### **8.1. Hypothesen**

Nach gründlicher Auseinandersetzung mit den Themen der bipolaren Störung, komorbiden Substanzkonsum und SS bzw. PP-Periode konnten folgende für meine Studie relevante Hypothesen abgeleitet werden:

- Komorbider Alkohol- und Drogenmissbrauch ist in der Gruppe der schwangeren Frauen mit einer BIP seltener als in der Kontrollgruppe I der non graviden Frauen mit einer BIP.
- Komorbider Alkohol- und Drogenmissbrauch ist in der Gruppe der schwangeren Frauen mit einer BIP häufiger als in der Gruppe II der graviden Frauen ohne psychische Erkrankung.

### **8.2. Klinische Relevanz**

Die statistische Auswertung unserer Studiendaten gibt Aufschluss darüber, ob ein Zusammenhang zwischen schwangeren Patientinnen mit einer BIP und einem gesteigerten Substanzkonsum besteht.

Sollten sich die Hypothesen bestätigen, muss man über ein spezielles Beratungs- und Screeningprogramm dieser Risikogruppe nachdenken, um den Konsum der

Substanzen einzuschränken bzw. gänzlich verhindern zu können. Denn nur somit können sowohl Mütter als auch die heranwachsenden Kinder vor möglichen Komplikationen geschützt werden.

## **9.Material und Methoden**

### **9.1.Ablauf der Studie**

Die klinische Studie wird an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz und an der Landesnervenklinik Sigmund Freud durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine retrospektive Mehrpunkterhebung. Bereits vor Studienbeginn erfolgte gemeinsam mit den Studienteilnehmerinnen ein ausführliches Gespräch über den Ablauf und das Ziel dieser Studie. Die Ein- bzw. Ausschlusskriterien werden anhand des Erstgespräches in der Ambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie erörtert. Wenn all diese Punkte erfüllt und die Frauen mit der Teilnahme an der Studie einverstanden sind, müssen diese und der/die betreuende Arzt/Ärztin eine schriftliche Einwilligungserklärung unterzeichnen.

Zu Beginn der Testung wird die psychiatrische Anamnese mit Hilfe des verkürzten strukturierten klinischen Interviews (SKID I) nach DSM-IV von den mitwirkenden ÄrztInnen der Psychiatrie erhoben. Das SKID I dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Störungen und Syndrome, wie sie im DSM-IV auf Achse I erläutert sind. Weiters werden Kodierungsanleitungen für die Beurteilung der Achse III (körperliche Störungen) und Achse V (psychosoziales Funktionsniveau) angeführt. Alle diagnostizierten Erkrankungen werden sowohl im Längs- als auch im Querschnitt erhoben und zusätzlich deren Beginn und Verlauf angegeben.

Um mögliche Störvariablen kontrollieren zu können, wurde für die Testung ein möglichst ruhiger, angenehmer und reizarmer Raum ausgewählt.

### **9.2.Fragebögen**

Nach einer kurzen Besprechung der Fragebögen der Studie werden die Studienteilnehmerinnen aufgefordert, diese entweder zusammen mit einem der mitwirkenden Personen oder in Einzelarbeit auszufüllen.

Zu Beginn erfolgt das selbst erstellte deskriptive Interview über den Verlauf der Schwangerschaft und Postpartum-Periode sowie ein Fragebogen zur Detektion prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren (PPPR) (Steinhausen, 2009).

Weiters wird bei den unten aufgelisteten Themen zusätzlich der Einfluss auf Schwangerschaft, Mutterschaft und den Verlauf der bipolaren Störung durch spezielle Fragebögen analysiert:

- Teil 2: „State“ und „Trait“ Ängste
- Teil 3: Psychosoziale Stressoren und Life-Events
- Teil 4: Persönlichkeitszüge und Neurotizismen
- Teil 5: Alkoholabusus, Substanzmissbrauch und Nikotinabusus
- Teil 6: Copingstrategien
- Teil 7: Partnerschaft und psychosoziale Unterstützung
- Teil 8: Teratologisches Wissen bei bipolaren Patientinnen

### **9.3.Spezieller Teil: Alkohol- und Substanzkonsum**

Bei meiner Diplomarbeit dienten die zwei folgenden Fragebögen der Datenerhebung:

- Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –Missbrauchs-Screening-Test (LAST)
- Schwangerschaftsspezifischer Fragebogen

#### **9.3.1.Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -Missbrauchs-Screening-Test (LAST)**

Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –Missbrauchs–Screening-Test ist ein standardisiertes Instrumentarium, das in unserer Studie zum Einsatz kam (Rumpf et al., 1997; Rumpf et al., 2002).

Der LAST ist ein kurzer und sensitiver Test, dessen Stärke auf den Selbstaussagen der PatientInnen beruht. Durch diese kann man abschätzen, ob eine alkoholbezogene Störung vorliegt oder nicht. Dieser Test spielt eine wesentliche Rolle in der Frühdiagnostik und Frühintervention (=störungsspezifische Diagnostik) einer Alkoholabhängigkeit.

Der Fragebogen besteht aus sieben dichotomen Items, die entweder mit „JA“ oder „NEIN“ zu beantworten sind. Von einem schädlichen Alkoholkonsum kann man

ausgehen, wenn von den aufgezählten Fragen zwei oder mehr positiv beantwortet wurden. Für jede „JA“- Antwort wird ein Punkt vergeben, bei der ersten Frage jedoch bekommt man für eine „NEIN“- Antwort diesen Punktwert.

Das primäre Ziel dieses Untersuchungsverfahrens ist die Erfassung einer Alkoholabhängigkeit oder eines Alkoholmissbrauchs. Diese Methode erweist sich aber auch hinsichtlich eines Risikokonsums als sensitiv.

Die Entwicklung des Verfahrens erfolgte im Allgemeinkrankenhaus und in Allgemeinarztpraxen auf Grundlage eines Itempools zweier internationaler Testverfahren. Es wurden zwei Items aus dem bereits vorhandenen CAGE-Test und fünf aus dem MAST-Verfahren (Michigan Alcoholism Screening Test) herangezogen.

Für die Durchführung des Fragebogens benötigt man ca. 2 Minuten.

### **9.3.2.Schwangerschaftsspezifischer Fragebogen über Substanzmissbrauch /-abhängigkeit während der SS und Stillzeit**

Hierbei handelt es sich um einen selbst erstellten, deskriptiven Fragebogen zum Thema Alkohol- und Substanzmissbrauch während Schwangerschaft und Stillzeit. Der Test umfasst 16 Items und ist in zwei Abschnitte gegliedert. Diese müssen von den Untersuchungsteilnehmerinnen entweder im Zuge eines Interviews oder in Einzelarbeit beantwortet werden.

Die ersten sieben Fragen beziehen sich auf die Menge des individuellen Alkoholkonsums und dessen Auswirkungen während Schwangerschaft und Stillzeit. Dieser Teil des Fragebogens beinhaltet als Antwortmodus eine Ratingskala von „Nie“, „monatlich 1x oder weniger“, „2-3x/ Monat“, „2-3x/ Woche“, „4x oder öfter/ Woche“. Weiters sind manche Fragen entweder mit „Ja“, bzw. „Nein“ zu beantworten.

Der zweite Teil des Fragebogens verfügt über Fragen zu einer eventuell vorliegenden Suchterkrankung und deren Auswirkungen in Schwangerschaft und Stillzeit, die jeweils mit „Ja“, „Nein“ oder „entfällt“ zu beantworten sind.

Die Durchführung des Fragebogens erfolgt in wenigen Minuten.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt durch die prozentuelle Angabe der Beantwortungen jeweils einzelner Fragen im Hinblick auf die Experimentalgruppe und die Kontrollgruppe II.

## 9.4. Studienkollektiv

Getestet wurden bis zum Zeitpunkt meiner statistischen Auswertung 147 Frauen, wovon 26 Mütter mit einer BIP, 16 Patientinnen mit einer BIP ohne Kinder und 105 gesunde Frauen waren.

**Tabelle 3: Anzahl der Studienteilnehmerinnen**

	Anzahl	Prozent
Bipolar mit Kind	26	17,7
Bipolar ohne Kind	16	10,8
Gesunde Kontrollgruppe	105	71,4
Gesamt	147	100,0

### 9.4.1. Experimentalgruppe

Die Experimentalgruppe besteht aus Patientinnen der Psychiatrie des Landeskrankenhauses Graz und der Landesnervenklinik Sigmund Freud, bei denen anhand des international standardisierten SKID-Interviews die Diagnose einer BIP gesichert wurde. Dabei werden Frauen, die an einer BIP erkrankt sind, von den psychiatrischen Stationen, den Ambulanzen sowie von Selbsthilfegruppen herangezogen. Die Einberufung dieser Patientinnen erfolgt durch die an der Studie mitwirkenden Ärzte/Ärztinnen der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz.

#### **Einschlusskriterien:**

Um an der Studie teilnehmen zu können, müssen die Frauen die unten aufgezählten Kriterien erfüllen:

1. weibliches Geschlecht
2. diagnostizierte bipolare Störung
3. Steiermark oder Burgenland als Wohnsitz
4. mindestens eine Lebendgeburt
5. mindestens 18 Jahre alt

### **Ausschlusskriterien:**

Folgende Gegebenheiten hatten einen Ausschluss an der Studie zur Folge:

1. Eine Teilnahme an der Studie wurde durch die Frauen bzw. Patientinnen abgelehnt. Hierbei müssen die Gründe dafür, wenn möglich erhoben werden, um etwaige Bias miterfassen zu können:
  - Ich fühle mich zu krank / bin gerade in stationärer Behandlung, um an der Studie teilzunehmen
  - Ich habe keine Zeit / wohne zu weit weg / habe keine Fahrgelegenheit, um an der Studie teilzunehmen
  - Ich bin nicht bereit aufgrund meiner Erkrankung an einer Studie teilzunehmen bzw. andere ethische Bedenken bezüglich der Studie
  - Andere als bereits oben genannte Gründe
  - Keine Angaben
2. Eine Kontaktaufnahme ist fehlgeschlagen, da die uns vorliegenden Kontaktdaten nicht mehr aktuell sind bzw. keine Kontaktdaten vorhanden sind.
3. Die Patientin ist in der Zwischenzeit verstorben.
4. Die Patientin ist so schwer krank, dass kein Interview möglich ist.
5. Die Patientin hat uns für die Teilnahme an der Studie zugesagt, erscheint aber zum wiederholten Male nicht zu den vereinbarten Interviewterminen.
6. Die Testung muss abgebrochen werden, da keine kontrollierte Gesprächsführung möglich ist.
7. Weitere Ausschlusskriterien sind eine aktuelle Schwangerschaft sowie eine Geburt, die weniger als ein Jahr zurückliegt.
8. Unüberbrückbare Verständigungsprobleme mit der Patientin aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse.
9. Die Diagnose bipolare Störung kann im klinischen Interview nicht gestellt werden.
10. Die Feststellung einer momentanen manifesten schweren Depression, Manie und/oder Psychose im klinischen Interview.
11. Bei der Patientin besteht eine akute Suizidgefahr.
12. Die Patientin leidet zum Zeitpunkt der geplanten Untersuchung an einer organisch bedingten psychischen Störung (z.B. Delir, Demenz,...).

### **9.4.2.Kontrollgruppe 1**

In diese Gruppe haben wir Frauen inkludiert, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind, jedoch keine Kinder haben bzw. bei denen zum Zeitpunkt der Testung keine Schwangerschaft bekannt war.

#### **Einschlusskriterien:**

Vorausgesetzt werden neben dem weiblichen Geschlecht eine diagnostizierte bipolare Störung, ein Wohnsitz in der Steiermark oder im Burgenland, kein Kind bzw. keine Schwangerschaft in der Anamnese und die Vollendung des 17. Lebensjahres.

### **9.4.3.Kontrollgruppe 2**

Zu dieser Gruppe der Studienteilnehmerinnen zählen gesunde Mütter mit ähnlichem Alter, ähnlichem sozialen Status und ungefähr gleichem Alter der Kinder.

#### **Einschlusskriterien:**

Auch diese Gruppe muss gewisse Einschlusskriterien erfüllen:

1. weibliches Geschlecht
2. keine schwere psychiatrische Störung in der Anamnese
3. Steiermark oder Burgenland als Wohnsitz
4. mindestens eine Lebendgeburt
5. mindestens 18 Jahre alt

#### **Ausschlusskriterien:**

Nicht in diese Kategorie eingeschlossen werden können Mütter, deren Kinder jünger als 12 Monate sind. Ein weiteres Ausschlusskriterium der Kontrollgruppe 2 liegt vor, wenn die Frauen selbst an einer psychiatrischen Störung leiden.

Bei dieser Untersuchungseinheit handelt es sich vor allem um Probandinnen aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis der an der Studie mitwirkenden Personen, die motiviert waren an der Untersuchung teilzunehmen.

## **9.5.Ethische Gesichtspunkte**

Die von uns erhobenen Daten wurden kodiert und unterliegen dem Datenschutz bzw. der ärztlichen Schweigepflicht. Zur Gewährleistung der Anonymität wurden die retrospektiv ermittelnden Daten mit einer fortlaufenden Nummerierung versehen.

Die an der Studie teilnehmenden Frauen hatten während der Testung jederzeit die Möglichkeit die Untersuchung zu unterbrechen bzw. gänzlich abubrechen.

## **9.6.Studiendauer**

Für die Dauer der Studie wurden drei Jahre angesetzt, um eine ausreichende Anzahl an Patientinnen und Frauen der Kontrollgruppen zu erreichen und somit die Aussagekraft der Studie zu erhöhen. Im April 2009 wurde mit der ersten Datenerhebung begonnen.

## **9.7.Limitationen**

Da der Fragebogen teilweise sehr private Fragen beinhaltet und mit erheblichem Zeitaufwand verbunden ist, haben viele Patientinnen die Testung abgelehnt oder die Fragebögen nicht vollständig ausgefüllt bzw. nicht retourniert. Diese Daten konnten somit nicht in die Auswertung mit einfließen.

## **9.8.Auswertung und Datenanalyse**

Nach Abschluss der Befragungen wurden die Rohdaten zur weiteren Bearbeitung in die dafür erstellte Datenmaske eingetragen. Diese beinhaltet alle erhobenen Informationen der an der Studie teilnehmenden Frauen und ermöglicht uns somit einen Gesamtüberblick aller für die Studie relevanten Fakten.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte gemeinsam mit Herrn Mag. Werner Fitz, Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation. Die statistischen Berechnungen wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 18.0 durchgeführt.

## 10.vorläufige Ergebnisse

### 10.1.LAST

Beim Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –Missbrauchs-Screening-Test wurden drei unabhängige Stichproben miteinander verglichen. Diese setzten sich aus den Müttern mit einer BIP, kinderlosen Patientinnen und gesunden Frauen mit Kindern zusammen. Um die erhobenen Daten des LASTs auswerten zu können, wurden mit Hilfe des SPSS 18.0 Kreuztabellen erstellt, die anschließend mittels exakten Tests nach Fisher ausgewertet wurden. Aufgrund dessen war es uns möglich, das Alkoholkonsumverhalten der verschiedenen Testgruppen miteinander zu vergleichen.

Beim Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –Missbrauchs-Screening-Test konnte man einen signifikanten Unterschied im Alkoholkonsumverhalten zwischen den drei Gruppen erkennen ( $p < 0,05$ ).

Bei der Gruppe der Patientinnen mit Kindern zeigte sich, dass in 38,5% der Fälle ein Alkoholproblem vorliegt.

Auffallend war ebenfalls das Ergebnis der kinderlosen Frauen mit einer BIP. In dieser Vergleichsgruppe wurden 50% positiv auf Alkoholabhängigkeit bzw. –missbrauch getestet.

Im Vergleich dazu konnten nur bei 6,6% der untersuchten Mütter in der gesunden Kontrollgruppe Anzeichen für ein Alkoholproblem nachgewiesen werden.

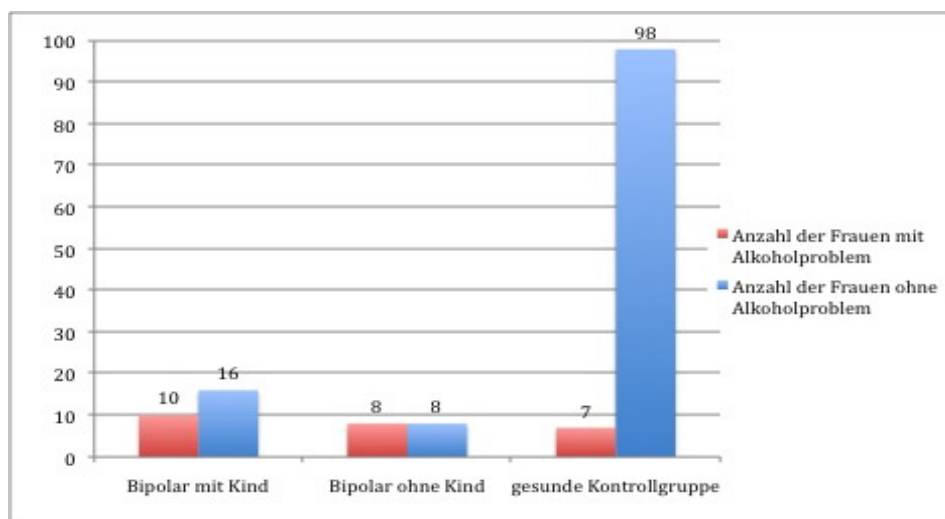


Abbildung 8: Auswertung: LAST

## 10.2.Schwangerschaftsspezifischer Fragebogen

Beim schwangerschaftsspezifischen Fragebogen wurden hingegen nur die Mütter mit einer BIP und die gesunde Kontrollgruppe in die Auswertung einbezogen. Zur Analyse des schwangerschaftsspezifischen Fragebogens wurde bei den ersten 7 Items der Mann-Whitney-Wilcoxon-Test (U-Test) herangezogen, der zwei unabhängige Gruppen gegenüberstellen und vergleichen kann. Bei den restlichen Fragen dieses Testes kam erneut der exakte Test nach Fisher zur Anwendung. Der Vorteil dieser statistischen Methode besteht darin, dass sie schon bei einer geringen Anzahl an StudienteilnehmerInnen zuverlässige Resultate liefern kann.

Bei der Frage wie oft Frauen Alkohol während der Schwangerschaft bzw. in der Stillzeit (die ersten sechs Monate nach der Geburt) konsumiert haben, konnte man erkennen, dass der Großteil (66,7% bzw. 65,7%) sowohl der erkrankten als auch der gesunden Frauen mit „Nie“ geantwortet hat. Weiters haben 27,6% der gesunden Frauen und 22,2% der Frauen mit einer BIP einen Alkoholkonsum einmal pro Monat angegeben. 5,7% der gesunden sowie 11,1% der Mütter mit einer BIP konsumierten monatlich 2- bis 3-mal Alkohol. Nur 1% der gesunden Studienteilnehmerinnen trank 2- bis 3-mal pro Woche alkoholische Getränke während der Schwangerschaft und Stillzeit. Im Vergleich dazu hat niemand aus der Experimentalgruppe diese Antwortmöglichkeit gewählt.

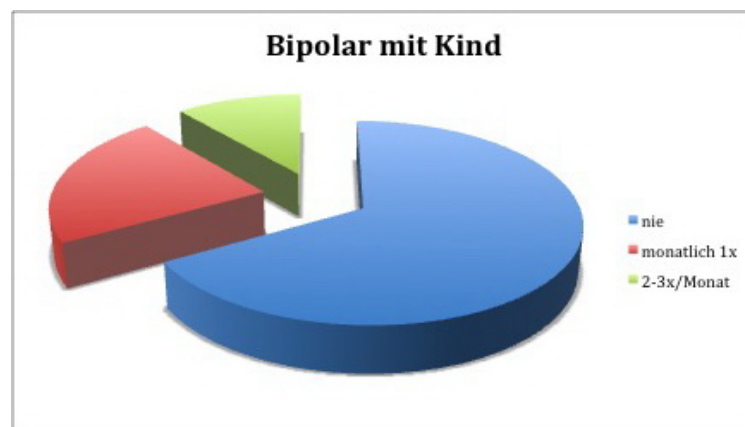


Abbildung 9: Alkoholkonsum Experimental-GR

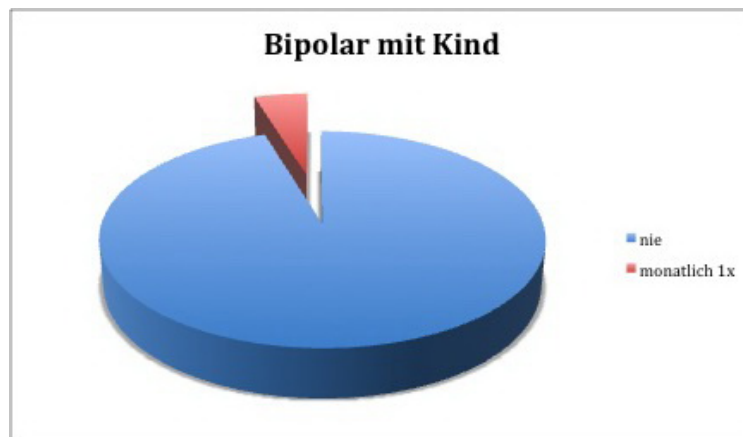


**Abbildung 10: Alkoholkonsum gesunde Kontroll-GR**

95,2% der Frauen mit einer BIP und 94,3% der gesunden Kontrollgruppe haben während der Schwangerschaft oder Stillzeit im Rahmen eines Trinkanlasses nie sechs oder mehr alkoholhaltige Getränke zu sich genommen.

Sowohl 4,8% der Patientinnen als auch der Kontrollgruppe konsumierten diese Alkoholmenge einmal im Monat bei feierlichen Anlässen.

1% des gesunden Kontrollkollektivs hat mit 2- bis 3-mal pro Monat diese Frage beantwortet.



**Abbildung 11: Alkoholmenge Experimental-GR**



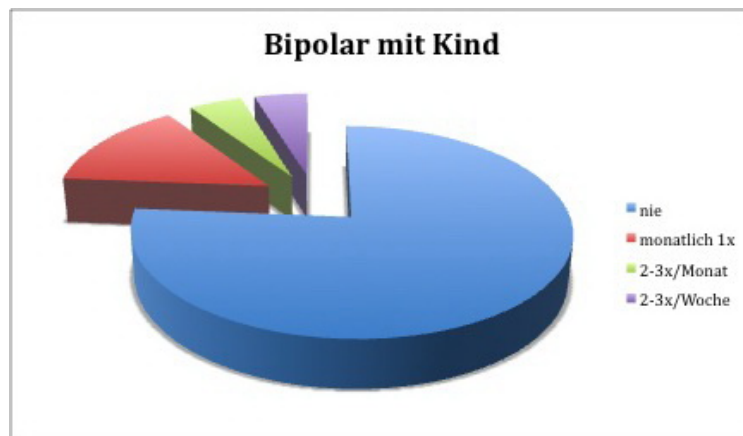
**Abbildung 12: Alkoholmenge gesunde Kontroll-GR**

Die dritte Frage des schwangerschaftsspezifischen Alkoholfragebogens, wie oft die getesteten Frauen an Alkohol in dieser Zeitspanne gedacht haben, wurde von beiden Untersuchungsgruppen zur Überzahl (bipolar: 76,2% vs. gesund: 78,8%) mit „Nie“ beantwortet.

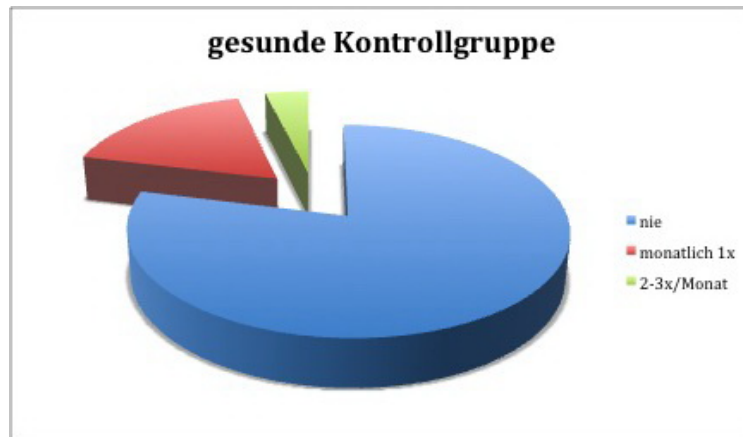
Die Antwortmöglichkeit „monatlich einmal“ wurde von 14,3% der Patientinnen und von 17,3% der gesunden Frauen ausgewählt.

4,8% der Frauen mit einer BIP und 3,8% der gesunden Mütter dachten 2- bis 3-mal pro Monat während der Schwangerschaft und Stillzeit an Alkohol.

Bei den restlichen 4,8% der erkrankten Mütter kreisten 2- bis 3-mal pro Woche die Gedanken um das Thema Alkohol, wobei hingegen keine der gesunden Frauen diese Antwortmöglichkeit ankreuzte.

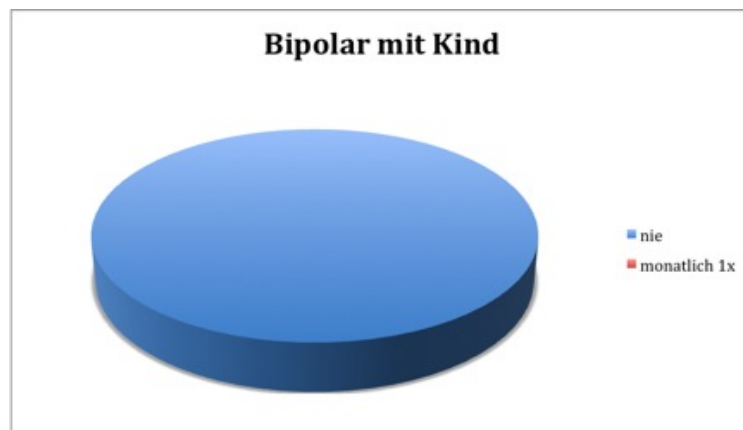


**Abbildung 13: Alkoholgedanken Experimental-GR**



**Abbildung 14: Alkoholgedanken gesunde Kontroll-GR**

Keine der befragten Patientinnen und nur eine Frau aus der gesunden Kontrollgruppe gab an, in der Schwangerschaft bzw. Stillzeit die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum verloren zu haben.



**Abbildung 15: Kontrollverlust Experimental-GR**



**Abbildung 16: Kontrollverlust gesunde Kontroll-GR**

Bei den darauffolgenden Fragen des schwangerschaftsspezifischen Fragebogens haben alle Teilnehmerinnen der Studie mit „Nie“ geantwortet. Niemand von ihnen hat während der Schwangerschaft und Stillzeit ein Black-out nach einem Trinkgelage erlebt oder bereits am Morgen ein Gläschen Alkohol benötigt, um in die Gänge zu kommen. Ebenso fühlte sich keine der Befragten in diesem Zeitraum schuldig oder machte sich Vorwürfe nach dem Konsum von Alkohol.

9,5% der an der Studie teilnehmenden Frauen mit einer BIP litten während der Schwangerschaft und Stillzeit häufiger an zitternden Händen. Im Vergleich dazu wiesen nur 3,8% der gesunden Mütter das genannte Symptom auf.

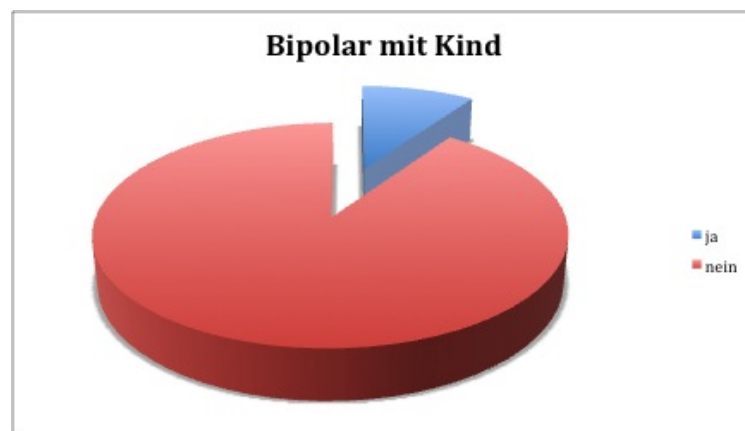


Abbildung 17: zitternde Hände Experimental-GR



Abbildung 18: zitternde Hände gesunde Kontroll-GR

Das Gefühl des Alleinseins war für 14,3% der Patientinnen und für eine der gesunden Frauen ein Grund, sich ein Glas Alkohol zu genehmigen.

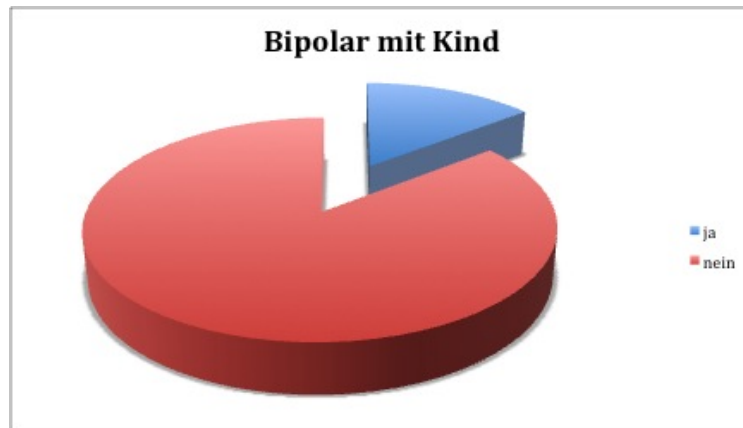


Abbildung 19: Gefühl des Alleinseins Experimental-GR



Abbildung 20: Gefühl des Alleinseins gesunde Kontroll-GR

19% der Patientinnen und 1,9% der gesunden Frauen waren schon einmal aufgrund ihrer Suchterkrankung in Behandlung. Diese Frage wurde von 9,5% der Erkrankten und 2,9% der Kontrollgruppe mit „entfällt“ beantwortet. Die restlichen 71,4% der erkrankten Frauen und 95,2% der gesunden Frauen haben hier die Antwortmöglichkeit „Nein“ gewählt.

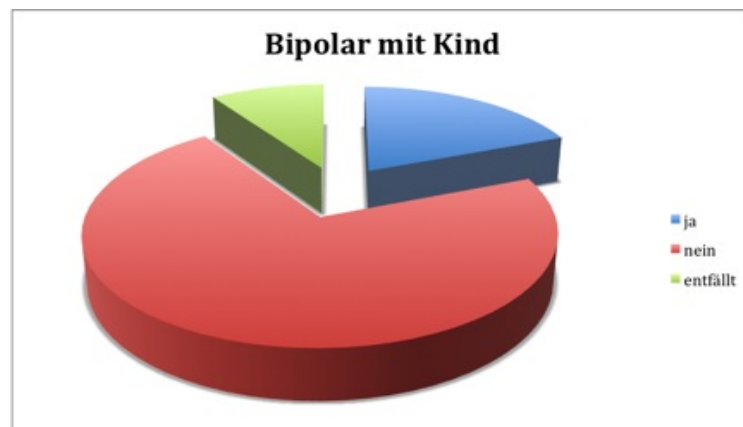


Abbildung 21: Behandlung aufgrund Suchterkrankung Experimental-GR



Abbildung 22: Behandlung aufgrund Suchterkrankung gesunde Kontroll-GR

9,5% der Frauen mit einer BIP und 4,9% der gesunden Frauen haben während der Schwangerschaft die Substanz(en) abgesetzt. 4,8% der erkrankten und 6,9% der gesunden Mütter hingegen hielten den Drogenkonsum in diesem Zeitraum aufrecht.

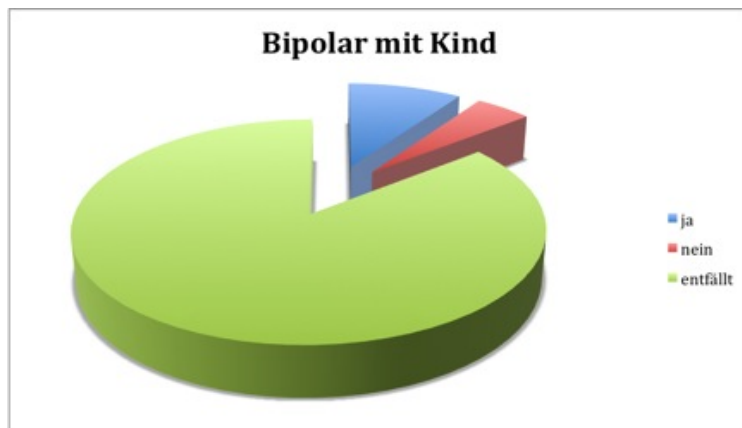


Abbildung 23: Absetzung der Substanzen Experimental-GR



Abbildung 24: Absetzung der Substanzen gesunde Kontroll-GR

4,8% der Studienteilnehmerinnen aus der Gruppe der Frauen mit einer BIP und 2% aus dem Kontrollkollektiv haben sich während der Schwangerschaft einer Entzugstherapie unterzogen.

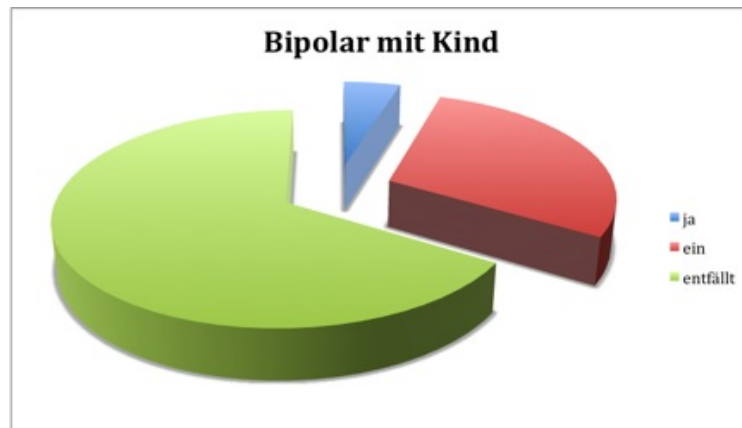


Abbildung 25: Entzugstherapie während der SS Experimental-GR

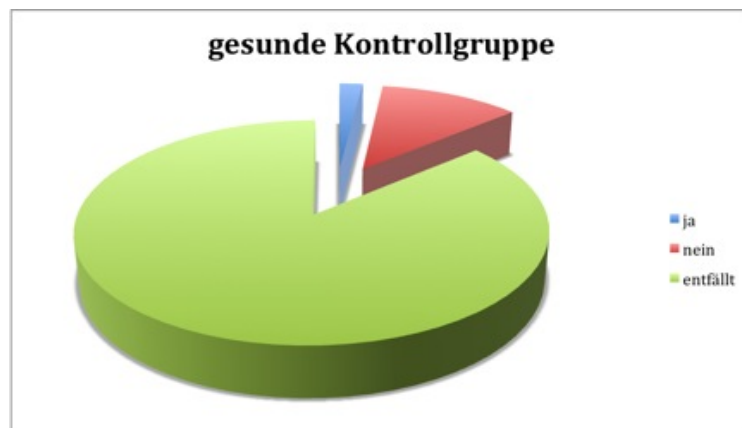


Abbildung 26: Entzugstherapie während der SS gesunde Kontroll-GR

In der Schwangerschaft und Stillzeit wurde in 9,5% bzw. in 4% der Fälle der Substanzkonsum von den Patientinnen bzw. den gesunden Frauen eingeschränkt. Wiederum 9,5% der an bipolarer Störung erkrankten Frauen und 3% der gesunden Mütter haben den Missbrauch der Substanzen aufgrund ihrer Schwangerschaft und Stillzeit nicht reduziert.

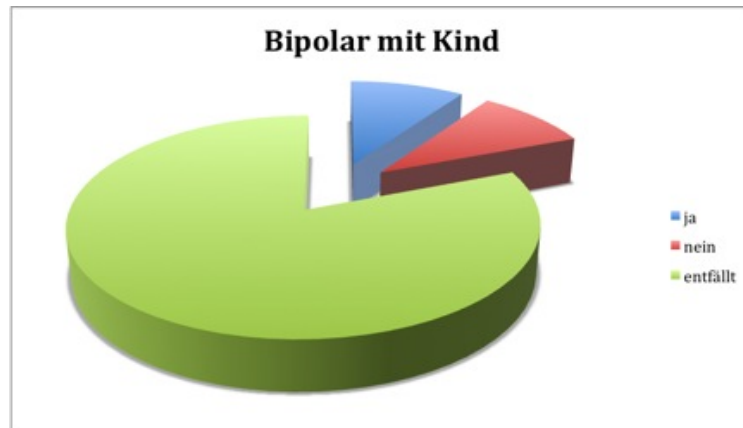


Abbildung 27: Konsumeinschränkung Experimental-GR

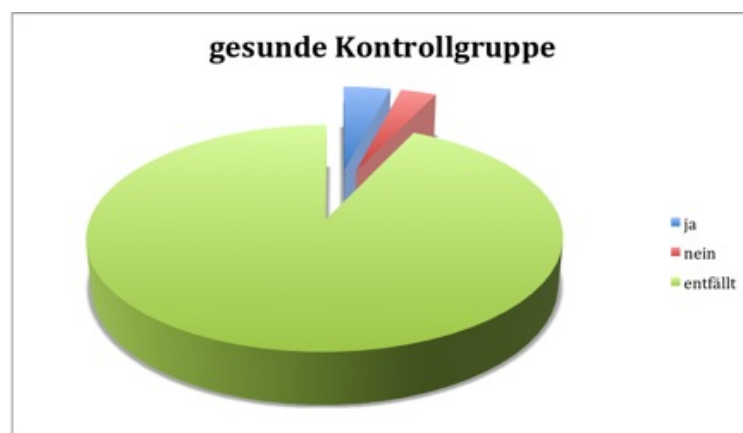


Abbildung 28: Konsumeinschränkung gesunde Kontroll-GR

4,8% der Frauen mit einer BIP verspürten durch den Konsum der Substanzen eine Art Hilfestellung. Keine der gesunden Personen erfuhr durch den Gebrauch von Drogen eine Erleichterung während der Schwangerschaft und Stillzeit.

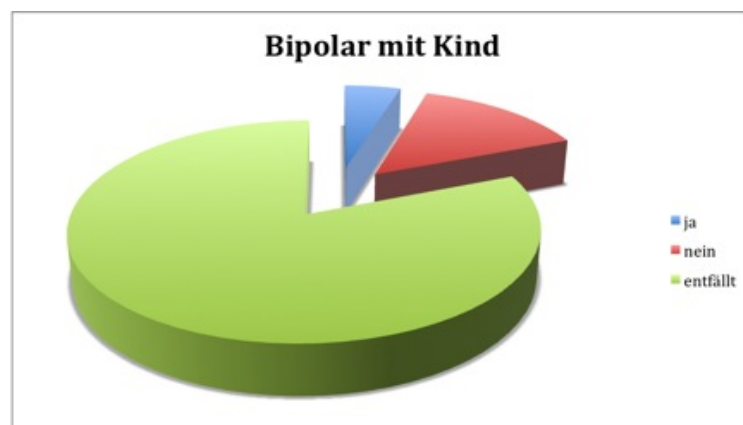


Abbildung 29: Gefühl der Hilfestellung Experimental-GR



Abbildung 30: Gefühl der Hilfestellung gesunde Kontroll-GR

4,8% der Patientinnen glaubten durch den Substanzmissbrauch die Nebenwirkungen der Psychopharmaka besser in den Griff zu bekommen. Weitere 4,8% der Erkrankten und 5,9% der gesunden Frauen hatten nicht den Eindruck durch den Konsum psychotroper Substanzen das Nebenwirkungsprofil der Psychopharmaka positiv zu beeinflussen.

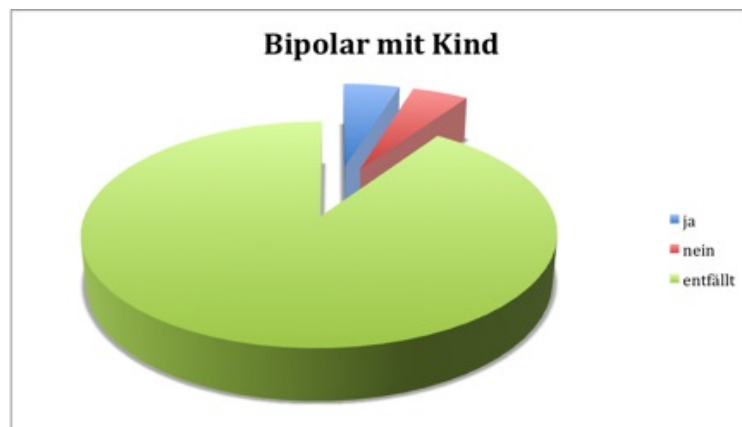


Abbildung 31: Nebenwirkungsbesserung Experimental-GR



Abbildung 32: Nebenwirkungsbesserung gesunde Kontroll-GR

5,3% der Mütter mit einer BIP hatten das Gefühl ihrem Kind durch den Missbrauch der Substanzen zu schaden. Im Gegensatz dazu waren 10,5% der erkrankten Studienteilnehmerinnen und 6,9% der gesunden schwangeren Frauen nicht der Meinung, durch den Konsum der Substanz(en) die Entwicklung ihres heranwachsenden Kindes zu beeinträchtigen.

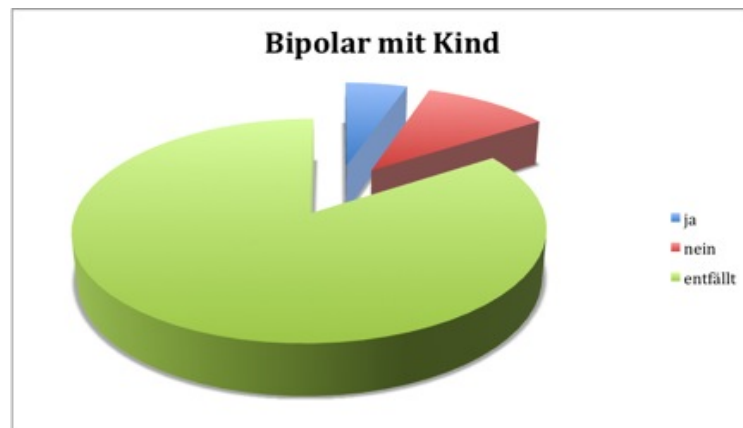


Abbildung 33: Gefühl dem Kind zu schaden Experimental-GR



Abbildung 34: Gefühl dem Kind zu schaden gesunde Kontroll-GR

## **11.Diskussion**

In diesem Teil meiner Diplomarbeit möchte ich nun auf die Ergebnisse der Studie aus subjektiver Sicht eingehen und die wichtigsten Aspekte näher beleuchten.

### **11.1.Interpretation der Ergebnisse**

Das vorläufige Ergebnis des Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –Missbrauchs-Screening-Tests bestätigt unsere Hypothese und frühere Studien, dass Frauen mit einer bipolaren Störung im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe einen signifikant höheren Alkoholmissbrauch aufweisen. Auch die Datenauswertung der Studie von Cassidy et al. (2001) spiegelt unser Ergebnis wider. Sie besagt, dass 48,5% der Personen mit einer BIP ein Alkoholproblem aufweisen.

Auffallend ist, dass der gesteigerte Konsum von alkoholhaltigen Getränken sowohl bei den Müttern mit einer BIP als auch bei jenen ohne Kind zu erkennen war. Daraus kann man schließen, dass sich Schwangerschaft und Stillzeit offenbar kaum protektiv auf das Konsumverhalten der erkrankten Frauen auswirken. Es macht den Anschein, dass die BIP an sich einen Risikofaktor für den vermehrten Alkoholgebrauch darstellt. Jedoch sind diese Ergebnisse aufgrund des bis dato kleinen Samples nur eingeschränkt beurteilbar. Aus diesen gewonnenen Erkenntnissen kann der allgemein beschriebenen Theorie, dass Personen mit einer bipolaren Erkrankung häufiger an einem komorbiden Alkoholproblem leiden, eine wichtige Bedeutung zugeschrieben werden.

Beim schwangerschaftsspezifischen Fragebogen über das Konsumverhalten der Studienteilnehmerinnen kann man überraschender Weise kaum Differenzen zwischen den Müttern mit einer BIP und jenen ohne diese psychischen Störung erkennen. Dies bedeutet, dass sowohl Frauen mit einer BIP als auch gesunden Frauen hinsichtlich ihres Substanzkonsums während Schwangerschaft und Stillzeit meistens die gleichen Antwortmöglichkeiten gewählt haben.

Ein signifikanter Unterschied jedoch zeigt sich dahingehend, dass sich bei Frauen mit einer BIP das Gefühl des Alleinseins als günstige Gelegenheit für einen vermehrten Konsum alkoholhaltiger Getränke erweist. Dieses Ergebnis verstärkt die Annahme, dass Personen, die an dieser psychischen Störung leiden im

Vergleich zur Normalbevölkerung vermehrt ein fehlendes soziales Netzwerk aufweisen. Das daraus resultierende Verspüren von Einsamkeit und Wahrnehmen mangelnder sozialer Unterstützung stellen somit einen großen Risikofaktor für einen gesteigerten Substanzkonsum dar. Möglicherweise sehen die meisten Betroffenen den Griff zu Suchtmitteln als einzige Möglichkeit, dieses psychisch belastende Gefühl der sozialen Vereinsamung einigermaßen ertragen und zumindest kurzzeitig ihrer sozialen und emotionalen Isolation entfliehen zu können. Um die hohe Anzahl an komorbiden Substanzmittelabhängigkeiten minimieren zu können, ist die Unterbrechung dieses Teufelskreises von äußerster Notwendigkeit.

Weiters wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Müttern mit einer BIP und jenen ohne diese Störung in Bezug auf eine Behandlung betreffend ihrer Suchterkrankung festgestellt. Frauen mit einer BIP waren aufgrund ihres komorbiden Suchtmisbrauchs häufiger in Therapie als Frauen der gesunden Kontrollgruppe. Dies bestätigt die Tatsache, dass Frauen, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind, häufig eine begleitende Substanzabhängigkeit aufweisen.

Es ist schwierig Aussagen darüber zu treffen, inwieweit die Interpretation dieses Ergebnisses auf die Gruppe der gesunden Frauen zulässig ist. Denn es kann anhand dieses Fragebogens nicht eindeutig ermittelt werden, inwiefern auch einige der gesunden Probandinnen eine Therapie benötigen würden, jedoch selbst keinen Anlass dazu sehen.

Ob man das Auftreten einer manischen- oder depressiven Phase in der Schwangerschaft bzw. in der Postpartum-Periode mit Alkohol- und Drogenmissbrauch in der Langzeitanamnese in Verbindung bringen kann, kann anhand dieser Studie nicht ausgewertet werden, da mit diesen Fragebögen nicht erörtert wurde ob das Substanzproblem bereits vor oder erst nach der SS bzw. PP-Periode aufgetreten ist.

## **11.2.Grenzen der Studie**

Die Grenzen dieser Studie lagen zum Zeitpunkt meiner Auswertung in der zu geringen Fallzahl der Experimentalgruppe, da wir bis dato nur 26 Mütter mit einer BIP für unsere Studie gewinnen konnten. Ein Schritt in die richtige Richtung wurde von Seiten der Psychiatrie Graz bereits eingeleitet, indem die Studiendauer

verlängert wurde. Dadurch wird versucht, in einer späteren Auswertung aussagekräftigere Ergebnisse zu erreichen. Aufgrund der geringen Größe der Experimentalgruppe konnten sich zum Zeitpunkt meiner frühen Auswertung nur Tendenzen bezüglich des Konsumverhaltens von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen abzeichnen lassen. Daher ist es wichtig, diese im Rahmen der noch laufenden Studie weiterhin zu untersuchen und zu analysieren. Leider gibt es zurzeit keinen standardisierten schwangerschaftsspezifischen Fragebogen, der speziell das Substanzkonsumverhalten bei Frauen mit einer BIP untersucht. Aus diesem Grund mussten wir, gestützt auf die von uns abgeleiteten Hypothesen, selbst einen deskriptiven Fragebogen erstellen. Erstaunlicherweise hat sich bis zum heutigen Tage noch keine wissenschaftliche Arbeit mit diesem überaus präsenten Thema beschäftigt.

Einen weiteren Kritikpunkt der schwangerschaftsspezifischen Befragung stellt die sehr schwammig und unklar definierte Antwortmöglichkeit „entfällt“ dar. Diese lässt bei den Studienteilnehmerinnen nämlich nur Vermutungen über die genaue Bedeutung aufstellen. Deswegen ist es schwierig herauszufinden, wer dieser Antwortmöglichkeit welche Bedeutung zugewiesen hat. Für den weiteren Verlauf der Studie wäre daher anzudenken, den Fragebogen hinsichtlich des zuvor genannten Problems zu überarbeiten.

Um die Aussagekraft des Testverfahrens erhöhen zu können, sollten im schwangerschaftsspezifischen Fragebogen Antwortmöglichkeiten gewählt werden, die in einem metrischen Verhältnis zueinander stehen.

### **11.3. Konklusio**

Die bipolare affektive Störung ist nicht nur aufgrund ihrer hohen Morbiditätsrate, sondern auch wegen des großen Risikos an komorbiden psychischen Erkrankungen eine ernst zu nehmende Krankheit in unserem Zeitalter.

Erschreckend ist, dass diese Störung immer noch oft verkannt und erst nach Jahren richtig diagnostiziert wird. Die Konsequenzen dieser Erkrankung für das weibliche Geschlecht, vor allem in Bezug auf eine Schwangerschaft und die Postpartum-Periode, sind noch weitgehend unklar. Die bisherigen Ergebnisse der laufenden Studie zeigen uns erste Trends, aus welcher wir die Notwendigkeit für folgende prospektive Studien ableiten. Durch intensive und umfassende

empirische Auseinandersetzung mit dieser Problematik können neue aussagekräftigere Erkenntnisse erworben werden. Somit wird es möglich sein eventuelle negative Auswirkungen der bipolaren Störung sowohl für werdende Mütter als auch für heranwachsende Kinder vermeiden bzw. minimieren zu können.

## 12.Literaturverzeichnis

- Amberger, S & Roll, SC 2010, *Psychiatriepflege und Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart.
- Angst J 1998, 'The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder', *J Affect Disord*, 50, pp.143-151.
- Assion, HJ & Vollmoeller, W (Hrsg) 2006, *Handbuch bipolare Störungen*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Bada, HS, Das, A, Bauer, CR, Shankaran, S, Lester, B, Wright, LL, Verter, J, Smeriglio, VL, Finnegan, LP & Maza, PL 2002, 'Gestational cocaine exposure and intrauterine growth: Maternal lifestyle study', *ACOG*, vol.100, no.5, pp.914-924.
- Baethge, C, Hennen, J, Khalsa, H-MK, Salvatore, P, Tohen, M & Baldessarini, RJ 2008, 'Sequencing of substance abuse and affective morbidity in 166 first-episode bipolar I disorder patients', *Bipolar Disord*, 10, pp.738-741.
- Brown, ES, Suppes, T, Adinoff, B & Thomas, NR 2001, 'Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis?', *J Affect Disord*, 65, pp.105-115.
- Burt, VK & Quezada, V 2009, 'Review Mood Disorders in Women: Focus on Reproductive Psychiatry in the 21st Century', *Can J Clin Pharmacol*, January 22, 16 (1), pp.e6-e14.
- Campolongo, P, Trezza, V, Ratano, P, Palmery, P & Cuomo, V 2010, 'Developmental consequences of perinatal cannabis exposure: behavioral and neuroendocrine effects in adult rodents', *Psychopharmacology*, vol. 214, no 1, pp.5-15.
- Cassidy, F, Ahearn, EP & Carroll, BJ 2001, 'Substance abuse in bipolar disorder', *Bipolar Disord*, 3, pp.181-188.
- Chaudron, LH & Pies, RW 2003, 'The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review', *J Clin Psychiatry*, 64, pp.1284-1292.
- Chengappa, KNR, Levine, J, Gershon, S & Kupfer, DJ 2000, 'Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry', *Bipolar Disord*, 2, pp.191-195.
- Curtis, V 2005, 'Women are not the same as men: specific clinical issues for female patients with bipolar disorder', *Bipolar Disord*, 7(Suppl.1), pp.16-24.
- Dietz, PM, Williams, SB, Callaghan, WM, Bachman, DJ, Whitlock, EP & Hornbrook, MC 2007, 'Clinically identified maternal depression before, during,

and after pregnancies ending in live births', *Am J Psychiatry*, 164, pp.1515-1520.

- Dilling, H, Mombour, W & Schmidt, MH 2009, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 7.Auflage, Huber-Hans Verlag, Bern.
- Forty, L, Smith, D, Jones, L, Jones, I, Caesar, S, Cooper, C, Fraser, C, Gordon-Smith, K, Hyde, S, Farmer, A, McGuffin, P & Craddock, N 2008, 'Clinical differences between bipolar and unipolar depression', *BJPsych*, 192, pp.388–389.
- Freeman, MP & Gelenberg, AJ 2005, 'Bipolar disorder in women: reproductive events and treatment considerations', *Acta Psychiatr Scand*, 112, pp.88-96.
- Freeman, MP, Smith, KW, Freeman, SA, McElroy, SL, Kmetz, GF & Wright, R 2002, 'The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women', *J Clin Psychiatry*, 63, pp.284-287.
- Frye MA 2011, 'Bipolar disorder – A focus on Depression', *N Engl J Med*, January 6, 364, pp.51-9.
- Frye, MA & Salloum, IM 2006, 'Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations', *Bipolar Disord*, 8, pp.677-685.
- Frye, MA, Altshuler, LL, McElroy, SL, Suppes, T, Keck, PE, Denicoff, K, Nolen, WA, Kupka, R, Leverich, GS, Pollio, C, Grunze, H, Walden J & Post, RM 2003, 'Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder', *Am J Psychiatry*, 160, pp.883–889.
- Gastpar, MT, Kasper, S & Linden, M 2003, *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2. vollständige neu bearbeitete Auflage, Springer Verlag, Wien.
- Hendrick, V, Altshuler, LL, Gitlin, MJ, Delrahim, S & Hammen, C 2000, 'Gender and bipolar illness', *J Clin Psychiatry*, 61, pp.393–396.
- Heron, J, Haque, S, Oyebode, F, Craddock, N & Jones I 2009, 'A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period', *Bipolar Disord*, 11, pp.410-417.
- Hirschfeld, RMA, Calabrese, JR, Weissman, MM, Reed, M, Davies, MA, Frye, MA, Keck, PE, Lewis, L, McElroy, SL, McNulty, JP & Wagner, KD 2003, 'Screening for bipolar disorder in community', *J Clin Psychiatry*, 64, pp.53-59.
- Jones, IJ & Craddock, N 2001, 'Familiality of puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study', *Am J Psychiatry*, 158, pp.913-917.

- Kemp, DE, Gao, K, Ganocy, SJ, Caldes, E, Feldman, K, Chan, PK, Conroy, C, Bilali, S, Findling, RL & Calabrese, JR 2009, 'Medical and substance use comorbidity in bipolar disorder', *J Affect Disord.*, 116, pp.64-69.
- Krüger, S 2009, 'Bipolare Störung und Schwangerschaft: Risiken und Möglichkeiten der Psychopharmakotherapie', *J Neurol, Neurochir Psychiatr*, 10, 18.
- Lagerberg, TV, Andreassen, OA, Ringen, PA, Berg, AO, Larsson, S, Agartz, I, Sundet, K & Melle, I 2010, 'Excessive substance abuse in bipolar disorder is associated with impaired functioning rather than clinical characteristics, a descriptive study', *BMC Psychiatry*, 10, 9.
- Lee, H-C & Lin, H-C 2010, 'Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: A nationwide population-based study', *J Affect Disord*, 121, pp.100-105.
- Lenz, G & Küfferle, B 2008, *Klinische Psychiatrie*, 3.überarbeitete Auflage, Facultas, Wien.
- McElroy, SL, Altshuler, LL, Suppes, T, Keck, P, Frye, MA, Denicoff, KD, Nolen, WA, Kupka, RW, Leverich, GS, Rochussen, JR, Rush, AJ & Post, RM 2001, 'Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historic illness variables in 288 patients with bipolar disorder' *Am J Psychiatry*;158, pp.420-426.
- Mitchell, JD, Brown, SE & Rush, AJ 2007, 'Comorbid disorders in patients with bipolar disorder and concomitant substance dependence', *J Affect Disord*, 102, pp.281-287.
- Möller, H-J, Laux, G & Deister, A 2009, *Psychiatrie und Psychotherapie*, 4. Auflage, Thieme, Stuttgart.
- Paulus, WE & Lauritzen, C 2003, *Medikamente und Schadstoffe in der Schwangerschaft und Stillzeit*, Spitta Verlag, Balingen.
- Pinto, SM, Dodd, S, Walkinshaw, SA, Siney, C, Kakkar, P & Mousa, HA 2010, 'Substance abuse during pregnancy: effect on pregnancy outcomes', *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 150, pp.137-141.
- Rath, W & Friese, K 2005, *Erkrankungen in der Schwangerschaft*. Thieme, Stuttgart.
- Regier, DA, Farmer, ME, Rae, DS, Locke, BZ, Keith, SJ, Judd, LL & Goodwin, FK 1990, 'Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse', *J. Am. Med. Assoc.*, 264, pp.2511-2518.
- Rothenhäusler, HB & Täschner, KL 2007, *Kompendium praktische Psychiatrie*, Springer, Wien, New York.

- Rumpf, HJ, Hapke, U, Hill, A & John, U, 1997, 'Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices', *Alcohol Clin Exp Res*, vol.21, no.5, pp.894–898.
- Rumpf, HJ, Hapke, U, Meyer, C & John, U 2002, 'Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: Psychometric performance of three questionnaires', *Alcohol & Alcoholism*, vol.37, no.3, pp.261-268.
- Sharma, V, Burt, VK & Ritchie, HL 2009, 'Assessment and treatment of bipolar II postpartum depression: A review', *J Affect Disord.*, pp.1-9.
- Sharma, V & Khan, M 2010, 'Identification of bipolar disorder in women with postpartum depression', *Bipolar Disord*, 12, pp.335-340.
- Sharma, V, Smith, A & Mazmanian, D 2006, 'Olanzapine in the prevention of postpartum psychosis and mood episodes in bipolar disorder', *Bipolar Disord*, 8, pp.400-404.
- Steinhausen, HC 2006, *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, 6.Auflage, Urban & Fischer Verlag.
- Steinhausen, HC 2009, *Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Kanton Zürich*. [Online] Available at [www.kjpd.zh.ch](http://www.kjpd.zh.ch) [Accessed 27 November 2010].
- Stewart, C & El-Mallakh, RS 2007, 'Is bipolar disorder overdiagnosed among patients with substance abuse?' *Bipolar Disord*, 9, pp.646-648.
- Taylor, EH 2006, *Atlas of Bipolar Disorders*, Taylor & Francis, Abdington.
- Viguera, AC, Nonacs, R, Cohen, LS, Tondo, L, Murray, A & Baldessarini, R 2000, 'Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance', *American Journal of Psychiatry*, 158, pp.1741-1742.
- Viguera, AC, Whitfield, T, Baldessarini, RJ, Newport, DJ, Stowe, Z, Reminick A, Zurick, A & Cohen, LS 2007, 'Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation', *Am J. Psychiatry*, 164, pp.1817-1824.
- Wagner, P & Bräunig, P 2006, *Psychoedukation bei bipolaren Störungen: Ein Therapiemanual für Gruppen*, 1.unveränderter Nachdruck. Schattauer, Stuttgart.
- <http://www.psychosen.de/wissen-ueber-psychosen-57.html> [Accessed 23.Dezember 2010].
- <http://www.psychosen.de/wissen-ueber-psychosen-06.html> [Accessed 23.Dezember 2010]

- Yonkers, KA, Gotman, N, Kershaw, T, Forray, A, Howell, HB & Rounsaville, BJ 2010, 'Screening of prenatal substance use', *Obstet gynecol*, vol.116, no. 4, October.
- Yonkers, KA, Wisner, KL, Stowe, Z, Leibenluft, E, Cohen, L, Miller, L, Manber, R, Viguera, A, Suppes, T & Altshuler, L 2004, 'Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period', *Am J Psychiatry*, 161, pp.608-620.
- Zubin, J & Spring, B 1977, 'Vulnerability: A new view of schizophrenia', *Journal of Abnormal Psychology*, pp.103-126.

## 13.Anhang

LAST	Fragebogen
------	------------

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

*Sie finden nachfolgend Fragen, die sich auf Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten beziehen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am ehesten zutrifft, auch wenn es Ihnen manchmal schwer fällt, sich für eine zu entscheiden.*

1. Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen? ..... Ja  Nein
2. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? ..... Ja  Nein
3. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt? ..... Ja  Nein
4. Haben Ihr (Ehe-)Partner oder Ihre Eltern oder andere nahe Verwandte sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt? ..... Ja  Nein
5. Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen? ..... Ja  Nein
6. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z. B. Fettleber oder Leberzirrhose)? ..... Ja  Nein
7. Waren Sie schon einmal in einem Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums? ..... Ja  Nein

### II.) Schwangerschaftsspezifische Fragen zur 1. Schwangerschaft:

**1. Wie oft tranken Sie während der Schwangerschaft bzw in der Stillzeit (die ersten 6 Monate nach der Geburt) Alkohol?**

- Nie
- monatlich 1x oder weniger
- 2-3x/ Monat
- 2-3x/ Woche
- 4x oder öfter/ Woche

**2. Wie oft nahmen Sie im Rahmen eines Trinkanlasses während der Schwangerschaft bzw. während der Stillzeit sechs oder mehr Drinks zu sich?**

- Nie
- weniger als 1x/ Monat
- monatlich
- wöchentlich
- täglich oder fast täglich

**3. Wie oft haben Sie in der Schwangerschaft bzw. in der Stillzeit an Alkohol gedacht?**

- Nie
- weniger als 1x/ Monat
- monatlich
- wöchentlich
- täglich oder fast täglich

**4. Wie oft ist es Ihnen in der Schwangerschaft bzw. in der Stillzeit passiert, dass Sie die Kontrolle über Ihren Alkoholkonsum verloren haben?**

- Nie
- weniger als 1x/ Monat
- monatlich
- wöchentlich
- täglich oder fast täglich

**5. Wie oft ist es Ihnen in der Schwangerschaft bzw. in der Stillzeit passiert, dass Sie sich nach einem Trinkgelage nicht mehr an die letzte Nacht erinnern konnten (black-out, Filmriss)?**

- Nie
- weniger als 1x/ Monat
- monatlich
- wöchentlich
- täglich oder fast täglich

**6. Wie oft ist es Ihnen in der Schwangerschaft bzw. in der Stillzeit passiert, dass Sie morgens schon ein Glas Alkohol brauchten, um in die Gänge zu kommen?**

- Nie
- weniger als 1x/ Monat
- monatlich
- wöchentlich
- täglich oder fast täglich

**7. Wie oft ist es Ihnen in der Schwangerschaft bzw. in der Stillzeit passiert, dass Sie sich nach einem Trinkgelage schuldig fühlten oder sich Vorwürfe wegen Ihres Verhaltens machten?**

- Nie
- weniger als 1x/ Monat
- monatlich
- wöchentlich
- täglich oder fast täglich

**8. Litten Sie in der Schwangerschaft und /oder Stillzeit häufiger an Zittern der Hände?**

- Ja
- Nein

10. **Tranken Sie gerne und regelmässig ein Gläschen Alkohol wenn Sie in der Schwangerschaft oder Stillzeit alleine waren?**  
*Ja/ nein*
11. **Waren Sie jemals aufgrund Ihrer Suchterkrankung in Behandlung?** *Ja / nein*
12. **Haben Sie mit Beginn der Schwangerschaft die Substanz(en) abgesetzt?**  
*Ja / nein/ entfällt*
13. **Haben Sie aufgrund der Schwangerschaft eine Entzugs-/ Entwöhnungsbehandlung gemacht?** *Ja / nein/ entfällt*
14. **Haben Sie mit Beginn der Schwangerschaft den Konsum der Substanz(en) eingeschränkt?** *Ja / nein/ entfällt*
15. **Hatten Sie das Gefühl durch den Konsum der Substanz(en) während Schwangerschaft und Stillzeit eine Hilfestellung zu haben?** *Ja / nein/ entfällt*
16. **Hatten Sie das Gefühl durch den Konsum der Substanz(en) während Schwangerschaft und Stillzeit die Nebenwirkungen der Psychopharmaka besser kontrollieren zu können?** *Ja / nein/ entfällt*
17. **Hatten Sie das Gefühl durch den Konsum der Substanz(en) während Schwangerschaft und Stillzeit Ihrem Kind zu schaden?** *Ja / nein/ entfällt*