

Diplomarbeit

DIE AUSWIRKUNGEN VON ANGST AUF DEN VERLAUF EINER SCHWANGERSCHAFT BEI PATIENTINNEN MIT BIPOLAR AFFEKTIVER STÖRUNG

Schwangerschaft und Postpartum bei bipolarer Störung

eingereicht von

Sophie Tegetthoff

Mat.Nr.: 0533506

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor(in) der gesamten Heilkunde (Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von Betreuer/in

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

Dr. med. univ. et scient. med. Eva Reininghaus

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 11. Juli 2011

Sophie Tegetthoff

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei meinen Diplomarbeitbetreuern Univ.-Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer und Dr. med. univ. et scient. med. Eva Reininghaus für die Unterstützung und das Engagement bei der Erstellung dieser Diplomarbeit bedanken.

Des Weiteren möchte ich mich bei Mag. Werner Fitz für die Hilfe bei der statistischen Auswertung, sowie bei Mag. Karen Hecht für die Zusammenarbeit bei der Erhebung der Daten, bedanken.

Ein besonderer Dank geht an meine Eltern, die mir die Grundsteine für meinen Weg gelegt haben und die mich in jeder Lebenslage tatkräftig unterstützt haben.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinem Freund Guy bedanken, der mir immer zur Seite stand und der mich immer wieder auf das Neue motivierte und bestärkte.

Zusammenfassung

Hintergrund:

Schwangerschaft und Postpartum stellen eine sehr vulnerable Phase im Leben jeder Frau dar, vor allem bei Frauen mit einer psychiatrischen Vorerkrankung. Die Literatur zu dieser Thematik ist limitiert und im speziellen über den Einfluss von Ängsten ist noch wenig bekannt.

Ziel dieser Studie ist es, den Verlauf der bipolaren Störung während Schwangerschaft und Postpartum-Phase, sowie den Einfluss von Angst auf den Verlauf der bipolaren Störung in Schwangerschaft und Postpartum-Phase zu erforschen.

Methodik:

Es wurde eine explorative Studie mit detaillierten Patientinnen- und Probandinnenbefragungen anhand von semistrukturierten Interviews durchgeführt. Das Interview wird unterteilt in zwei Teile: dem SKID, zur Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und dem selbst erstellten deskriptiven Interview (11 Fragebögen). Anhand des STAI (State Trait Angst Inventar) und des Strukturierten Interviews zur Schwangerschaft und Geburt: „Angst in der Schwangerschaft und im Postpartum“ wird das Angstverhalten exploriert und erörtert.

Für die Studie konnten insgesamt 138 Frauen rekrutiert werden, 22 Frauen mit der Diagnose einer bipolaren Störung mit Kind, 13 Frauen mit bipolarer Störung ohne Kind und 103 gesunde Kontrollpersonen.

Ergebnisse:

Die Studie konnte einige sehr wichtige und aussagekräftige Ergebnisse in Erfahrung bringen. Frauen mit bipolarer Störung sind häufiger von Schwangerschaftsdepressionen (10,7% vs. 0,9%) und Postpartum-Depressionen (35,7% vs. 3,1%) betroffen als gesunde Frauen. Des Weiteren zeigte sich, dass sich bipolare Patientinnen sehr deutlich in ihrem Angstverhalten von gesunden Frauen unterscheiden.

Schlussfolgerung:

Es wäre von besonderer Wichtigkeit zu dieser speziellen Thematik noch mehr Forschungsarbeit zu leisten, da die Auswirkungen der Schwangerschaft und der

Postpartum-Phase bei Frauen mit bipolarer Störung noch nicht ausreichend geklärt sind, vor allem auch in Hinsicht auf schwangerschaftsspezifische Ängste und ihr Folgen.

Abstract

Background:

Pregnancy and the postpartum period are a very vulnerable period in the life of every woman, especially for women with a history of psychiatric illness. Literature on this topic is limited and particularly the impact of anxiety is not well known.

The aim of this study is to investigate the course of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period, as well as the influence of anxiety on the course of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period.

Methods:

An exploratory study with detailed interviews with patients and healthy control subjects using semi-structured interviews was carried out. The interview is divided into two parts: the SKID, for detection and diagnosis of selected psychiatric syndromes and the self-generated descriptive interview (11 questionnaires). Based on the STAI (State Trait Anxiety Inventory) and the structured interview for pregnancy and birth: "fear in pregnancy and the postpartum period", anxiety behavior is explored and discussed.

For the study, a total of 138 women were recruited, 22 women with a diagnosis of bipolar disorder with child, 13 women with bipolar disorder without children and 103 healthy control subjects.

Results:

Through the study some very important and meaningful result were found. Women with bipolar disorder have an increased risk to suffer from pregnancy depression (10.7% vs. 0.9%) and postpartum depression (35.7% vs. 3.1%) in comparison to healthy women. Furthermore the study showed that bipolar patients differ very significantly in their anxiety-related behavior from healthy women.

Conclusion:

It would be of particular importance to provide more research on this topic, as the effects of pregnancy and the postpartum period in women with bipolar disorder have not yet been sufficiently clarified, especially in regard to pregnancy-related anxiety and its consequences.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	III
Zusammenfassung	IV
Abstract.....	VI
Inhaltsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	XI
Tabellenverzeichnis	XII
1 Einleitung.....	1
1.1 Bipolar affektive Störung	2
1.1.1 Definition.....	2
1.1.2 Allgemeines und Epidemiologie	4
1.1.3 Ätiopathogenese	5
1.1.4 Symptomatik.....	6
1.1.4.1 Depressive Episode.....	6
1.1.4.2 Manische Episode.....	7
1.1.4.3 Zykllothymia.....	8
1.1.5 Diagnostik.....	8
1.1.6 Differentialdiagnose	8
1.1.7 Verlauf, Prognose, Komorbidität.....	9
1.1.8 Therapie	10
1.2 Psychische Störungen in der Schwangerschaft	12
1.2.1 Depression in der Schwangerschaft.....	12
1.2.2 Bipolare Störung und Schwangerschaft	13
1.3 Psychische Störungen in der Postpartum Phase	16
1.3.1 Heultage („Maternity Blues“ oder auch postpartale Dysphorie).....	16
1.3.2 Postpartum Depression	17
1.3.3 Postpartumpsychose	17
1.4 Angststörungen.....	18
1.4.1 Definition.....	18
1.4.2 Allgemeines und Epidemiologie	19
1.4.3 Ätiopathogenese	19
1.4.4 Symptomatologie und klinische Subtypen	20

1.4.5	Diagnostik.....	22
1.4.6	Differentialdiagnose	23
1.4.7	Verlauf, Prognose, Komorbidität.....	24
1.4.8	Therapie	25
1.5	Angst und bipolare Störung.....	26
1.6	Angst in Schwangerschaft und Postpartum	26
2	Die Studie	30
2.1	Ziel der Studie	30
2.2	Hypothesen	31
2.3	Klinische Relevanz.....	31
3	Material und Methoden	33
3.1	Ablauf der Studie.....	33
3.2	SKID.....	33
3.3	Die Fragebögen.....	34
3.3.1	Allgemeine Beschreibung.....	34
3.3.2	Spezieller Teil.....	35
3.3.2.1	STAI – State Trait Angstinventar.....	35
3.3.2.2	Strukturiertes Interview zur 1. Schwangerschaft und Geburt: „Angst in der Schwangerschaft und im Postpartum“	37
3.4	Studienteilnehmerinnen	38
3.4.1	Rekrutierung der Patientinnen	38
3.4.1.1	Einschlusskriterien.....	39
3.4.1.2	Ausschlusskriterien.....	39
3.4.2	Rekrutierung der Kontrollgruppen	41
3.4.2.1	Kontrollgruppe 1.....	41
3.4.2.2	Kontrollgruppe 2.....	41
3.5	Auswertung.....	42
4	Ergebnisse.....	43
4.1	Studienkollektiv	43
4.2	Soziodemographische Daten	43
4.3	Häufigkeiten Postpartum-Depression, Heultage, Schwangerschaftsdepression	44
4.4	Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	45
4.5	Multivariate Varianzanalyse I	48
4.6	Multivariate Varianzanalyse II	51

5	Diskussion	53
5.1	Limitationen der Studie	53
5.2	Psychische Störungen in der Schwangerschaft und Postpartum-Phase.....	53
5.3	Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	54
5.4	Schwangerschaftsspezifische Ängste	55
6	Literaturverzeichnis	58
7	Anhang.....	63

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA	Gabaaminobuttersäure
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
MAO	Monoaminoxidase
MAS	Manifest Anxiety Scale
Pat.	PatientInnen
PP	Postpartum
PRAQ	Pregnancy Related Anxiety Questionnaire
SKID	Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV
SS	Schwangerschaft
SSRI	Selektiver Serotonin Reuptake Inhibitor
STAI	State Trait Angst Inventar
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bipolar I.....	2
Abbildung 2: Bipolar II	3
Abbildung 3: Rapid Cycling.....	3
Abbildung 4: Gemischte Episode	4
Abbildung 5: Zykllothymia	4
Abbildung 6: Differentialdiagnose bei Angstsymptomatik	24
Abbildung 7: Häufigkeiten	45
Abbildung 8: Schwangerschaftskomplikationen	46
Abbildung 9: Geburtskomplikationen	47
Abbildung 10: Mittelwerte	50
Abbildung 11: Mittelwerte - Trait Angst (STAI).....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studienkollektiv	43
Tabelle 2: Altersverteilung.....	44
Tabelle 3: Häufigkeiten bipolare Patientinnen	44
Tabelle 4: Häufigkeiten gesunde Kontrollen	44
Tabelle 5: Schwangerschaftskomplikationen	46
Tabelle 6: Geburtskomplikationen.....	47
Tabelle 7: Mittelwerte.....	49

1 Einleitung

Das Thema der vorliegenden Diplomarbeit wurde in Hinblick darauf gewählt, dass die bipolar affektive Störung ein sehr komplexes und interessantes Krankheitsbild darstellt, vor allem in Bezug auf Schwangerschaft und die Postpartum-Phase. Trotz der zunehmenden Häufigkeit der bipolaren Störung unter Frauen (besonders im gebärfähigen Alter) ist der Einfluss der vulnerablen Phase der Schwangerschaft und Postpartum-Periode auf den Verlauf der Erkrankung kaum erforscht.

In meinen Untersuchungen werde ich spezifisch auf den Schwerpunkt der Angst eingehen: Angst im Allgemeinen zieht eine der höchsten Komorbiditäten der bipolaren Störung nach sich und ist trotzdem immer noch wenig erforscht, vor allem auch deshalb, weil Angst per se, einen schwierig zu messender Zustand darstellt.

Die Schwierigkeit zeigt sich in der Abgrenzung der „natürlichen“ von der pathologischen Angst. Jede werdende Mutter empfindet im Laufe ihrer Schwangerschaft „natürliche Ängste“, nimmt dieser Zustand jedoch extreme Formen an, wäre es wichtig und bedeutsam sich mit den Auswirkungen dieser pathologischen Ängste auf Mutter und Kind zu beschäftigen. Dies gilt insbesondere bei Frauen, die bereits unter psychischen Erkrankungen leiden und in Schwangerschaft und Wochenbett einen bedeutsamen Anstieg von Vulnerabilität zeigen.

Der allgemein theoretische Teil dieser Arbeit gliedert sich in mehrere Kapitel: Am Beginn steht die allgemeine Betrachtung über das Krankheitsbild der bipolar affektiven Störung, in der Folge werden die unterschiedlichen, psychischen Erkrankungen während der Schwangerschaft und der Postpartum-Phase aufgezeigt, dann Angststörungen erläutert und zuletzt wird noch spezifisch auf Angst im Kontext mit bipolarer Störung und der Phase der Schwangerschaft und Postpartum-Phase eingegangen.

Nach dieser theoretischen Einleitung folgt der gesamte Abschnitt der praktischen Studie mit der Studienbeschreibung, den eingesetzten Materialien und Methoden, den Ergebnissen und zum Abschluss die Diskussion der ausgewerteten Daten.

1.1 Bipolar affektive Störung

1.1.1 Definition

Bipolare Störungen sind rezidivierende, affektive Erkrankungen die sich durch einen Wechsel zwischen depressiven und (hypo-) manischen Episoden auszeichnen.

Der Begriff der bipolaren Störung führt oftmals zu Unklarheiten, da verschiedene Klassifikationen sowie Einteilungen bestehen – ausschlaggebend ist der Wechsel zwischen Depression und Manie (Möller et al, 2008, S.472).

Laut der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) lassen sich die bipolaren affektiven Störungen in vier Gruppen einteilen:

1. Bipolar I Störung: Es treten depressive und manische Episoden auf.

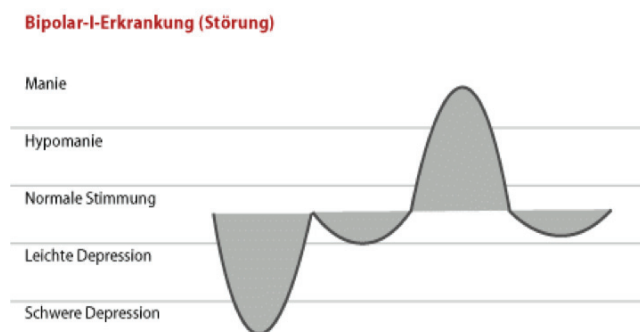


Abbildung 1: Bipolar I (Lambert et al, 2009)

2. Bipolar II Störung: Im Verlauf wechseln sich depressive und hypomane Episoden ab. Es sind keine manischen Episoden nachweisbar.

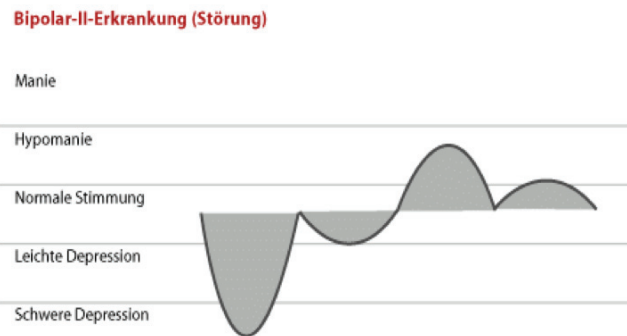


Abbildung 2: Bipolar II (Lambert et al, 2009)

3. Rezidivierende manische bzw. hypomanische Episoden: Dieses Krankheitsbild liegt vor, wenn die PatientInnen ausschließlich an wiederholten Manien oder Hypomanien leiden.
4. Weitere Störungen im bipolaren Spektrum:
 - a. Rapid Cycler: Es kommt zu einem schnellem Phasenwechsel - innerhalb von 12 Monaten treten mindestens 4 Episoden einer bipolaren affektiven Störung auf.

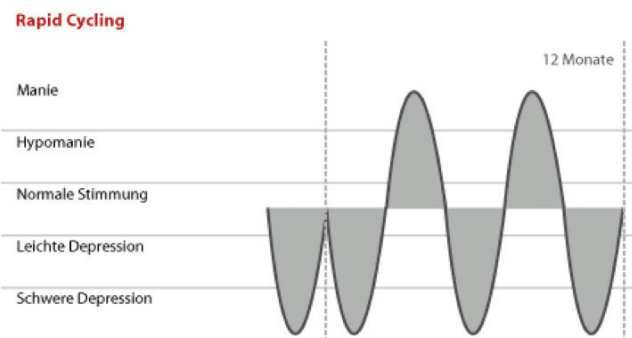


Abbildung 3: Rapid Cycling (Lambert et al, 2009)

- b. Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode: Es zeigt sich ein rascher Wechsel von manischen und depressiven Symptomen, hypomanische, depressive oder gemischte Episoden sind vorangegangen.

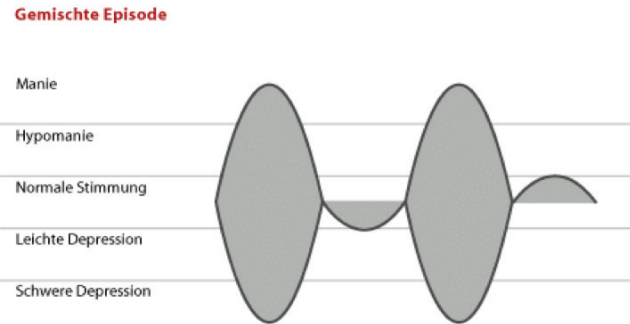


Abbildung 4: Gemischte Episode (Lambert et al, 2009)

- c. **Zyklothymia**: Über eine Zeitspanne von 2 Jahren zeigt sich eine andauernde Instabilität der Stimmung mit chronisch fluktuierenden, depressiven sowie hypomanischen Phasen.

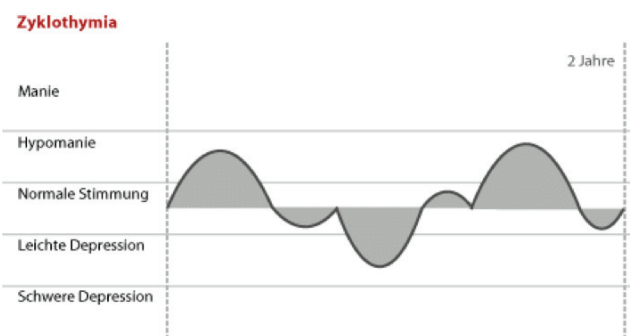


Abbildung 5: Zyklothymia (Lambert et al, 2009)

(Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.356)

1.1.2 Allgemeines und Epidemiologie

Durch die Untersuchungen von Angst, Perris und Winokur hat sich in den 60igern die Unterscheidung zwischen bipolarer und unipolarer Störung etabliert (Möller et al, 2008, S.394). Ein wesentlicher Aspekt der bipolaren Störung im Vergleich zu der unipolaren Störung ist der Einfluss genetischer Faktoren, die stärkere biologische Disposition, sowie eine geringere Wirksamkeit psychosozialer Belastungsfaktoren und kritischer Lebensereignisse (Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.356).

Eine genaue Angabe zur Häufigkeit der bipolaren Störung wird durch Faktoren wie diagnostische Mischformen, pathologische Grenzbereiche und Dunkelziffern deutlich

erschwert. Die Lebenszeitprävalenz ist deutlich geringer als jene der unipolaren Störung und liegt bei Bipolar I Störungen bei 0,3 bis 1,5% und für Bipolar II Störungen bei etwa 5,5% (Gastpar et al, 2003, S.145; Möller et al, 2008, S.473; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.357). Aufgrund der relativ hohen Prävalenz gehört die bipolare Störung mittlerweile zu den häufigsten idiopathisch, psychischen Störungen und wurde erst sehr spät als wesentliches Problem der allgemeinen Gesundheit anerkannt (Viguera et al, 2002). Die bipolare Erkrankung zeigt eine ausgeglichene Geschlechterverteilung, allerdings tritt die Bipolar II Störung und das Rapid Cycling bei Frauen deutlich häufiger auf, im Verhältnis etwa 3:1 (Gastpar et al, 2003, S.145; Möller et al, 2008, S.473; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.357).

Der durchschnittliche Erkrankungsbeginn liegt zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr. 75% der Betroffenen erleiden ihre erste Krankheitsepisode bereits vor dem 25. Lebensjahr (Möller et al, 2008, S.473; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.357).

Bipolar affektive Störungen treten in der Regel früher auf als unipolare depressive Episoden und zeigen im Verlauf auch häufigere und schwerere Krankheitsverläufe (Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.357).

Das Morbiditätsrisiko der bipolaren Störung I wird auf ca. 1% geschätzt, die bipolare Störung II auf etwa 2-10% (Möller et al, 2005, S.77).

1.1.3 Ätiopathogenese

Die Entstehung der bipolaren Störung ist durch ein multifaktorielles Geschehen bedingt, das auch im Sinne des Vulnerabilitätskonzepts zu verstehen ist (Möller et al, 2005, S.78). Genetische Faktoren spielen eine wesentliche Rolle, wie Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien belegen konnten. Verwandte ersten Grades von bipolaren PatientInnen zeigen ein 7 bis 10fach erhöhtes Erkrankungsrisiko und des Weiteren zeigte sich eine Konkordanzrate von nahezu 60% bei eineiigen Zwillingen (Möller et al, 2008, S.474).

Auf neurobiologischer Ebene erweist sich als häufige Ursache affektiver Erkrankungen, die Amindefizit-Hypothese, die besagt, dass ein Zusammenhang zwischen depressiver Erkrankung und einer Verminderung der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin besteht. Heute geht man nicht mehr von einer isolierten Neurotransmitterstörung aus, sondern von einer Dysbalance zwischen verschiedenen Neurotransmittern (Lenz et Küfferle, 2008, S.262; Möller et al, 2005, S.79).

Psychosoziale Faktoren spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle bei der Ätiologie von

depressiven bzw. manischen Episoden. Kritische Lebensereignisse (sogenannte „Life events“) wie Traumatisierungen, sexueller Missbrauch, Scheidung, Veränderung der gewohnten Lebensweise oder auch chronische Belastungen sind mit einem deutlich erhöhten Depressionsrisiko vergesellschaftet (Arolt et al, 2004, S.118; Lenz et Küfferle, 2008, S.263; Möller et al, 2005, S.81).

Aus neuropsychologischer Sicht zeigte eine Studie von Clark u. Goodwin 2004, dass bei über 75% der bipolaren PatientInnen kognitive Defizite in den Bereichen Lernen, Daueraufmerksamkeit, Wahlreaktionen und Gedächtnis gefunden wurden. Darüber hinaus konnte belegt werden, dass ein wesentlicher Zusammenhang zwischen Kennzeichen der Persönlichkeit, wie Temperament und Charakterstruktur und der Entstehung der bipolaren Störung besteht (Möller et al, 2008, S.475).

1.1.4 Symptomatik

Das klinische Bild der bipolaren Störung ist sehr vielfältig und weist je nach Phase, Symptome einer Depression, Manie oder Hypomanie auf.

Zwischen depressiven und manischen Episoden kommt es typischerweise auch zu Phasen normaler, ausgeglichener Stimmungslage. Selten kann es auch zu einem bipolaren Mischzustand kommen oder zu einem raschen Wechsel von Symptomen unterschiedlicher Stimmungsqualitäten (Lenz et Küfferle, 2008, S.250).

1.1.4.1 Depressive Episode

Jaspers hat im Jahre 1913 das depressive Zustandsbild als „*tiefe Traurigkeit und Hemmung allen seelischen Geschehens*“ bezeichnet (Möller et al, 2008, S.410).

Die Leitsymptome der Depression sind eine depressive Stimmung, Interessen- und/oder Freudlosigkeit, verminderter Antrieb und Schlafstörungen. Die PatientInnen weisen meist eine pessimistische Grundhaltung auf, die sich durch ein vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Wertlosigkeit und häufig auch Suizidgedanken äußert.

Typischerweise ist der Antrieb der PatientInnen gehemmt, sie verspüren eine gesteigerte Ermüdbarkeit, Energielosigkeit, Entschlussunfähigkeit, eine starke körperliche Hemmung (Verlangsamung der Bewegungsabläufe) und bei schwerer Ausprägung kann es zum depressiven Stupor kommen. Des Weiteren klagen die PatientInnen häufig über Angst, quälende innere Unruhe, sowie die Unfähigkeit Gefühle zu empfinden und auch zu

vermitteln. Als physische Symptome werden beschrieben: Libidoverlust, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Verdauungsbeschwerden, Atemstörungen, Kopfschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl, leibliche Missempfindungen oder Schmerzen.

Der/Die depressive PatientIn sieht sich und seine Umgebung in negativem Kontext, häufig kommt es zu sozialem Rückzug oder auch Entfremdungserleben und es besteht generell ein ausgeprägtes Suizidrisiko (Arolt et al, 2004, S.121; Lenz et Küfferle, 2008, S.252; Möller et al, 2005, S.82; Möller et al, 2008, S.410; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.332).

1.1.4.2 Manische Episode

Die Manie zeichnet sich aus durch übermütig-euphorische Stimmung, Antriebssteigerung, Selbstüberschätzung, meist verbunden mit Hyperaktivität, Rededrang, Ideenflucht und vermindertem Schlafbedürfnis. Die PatientInnen zeigen sich enthemmt, distanzlos, ablenkbar und empfinden sich als besonders leistungsfähig, welches zu Selbstüberschätzung, Einfallsreichtum und Größenideen führt. Die Betroffenen erscheinen übertrieben fröhlich, lärmend und kontaktfähig.

Meist besteht ein Mangel an Krankheitsgefühl, welches die Behandlung gegen den Willen erforderlich machen kann und durch die herabgesetzte Urteilsfähigkeit kommt es häufig zu leichtsinnigen Geldausgaben. Zudem kann es zu Wahngedanken, Halluzinationen, Libidosteigerung, Appetitverminderung und Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration kommen (Arolt et al, 2004, S.128; Lenz et Küfferle, 2008, S.250; Möller et al, 2005, S.87; Möller et al, 2008, S.475).

Als Hypomanien werden weniger stark ausgeprägte Formen der Manie, mit kürzerer Dauer beschrieben. Durch die schwächere Ausprägung, wird dieser Zustand oft als „normal“ empfunden und oftmals nicht diagnostiziert. Im Verlauf tritt bei 5-15% der PatientInnen eine voll ausgeprägte manische Phase auf (Arolt et al, 2004, S.128; Lenz et Küfferle, 2008, S.250; Möller et al, 2005, S.87; Möller et al, 2008, S.475; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.358).

1.1.4.3 Zykllothymia

Bei dem zykllothymen Erscheinungsbild handelt es sich um eine dauerhafte, mindestens 2 Jahre bestehende, chronisch verlaufende Instabilität der Stimmung, mit leicht depressiven Phasen, sowie Phasen mit leicht gehobener Stimmungslage (einmal „himmelhoch jauchzend“, dann wieder „zu Tode getrübt“). Auf der einen Seite kommt es zu unerschütterlichem Optimismus und Aktivitätsdrang, auf der anderen Seite zu Pessimismus und Niedergeschlagenheit (Möller et al, 2005, S.89; Möller et al, 2008, S.476; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.358).

1.1.5 Diagnostik

Die Diagnose der bipolaren Störung wird unter Einbeziehung standardisierter diagnostischer Kriterien der zwei wichtigsten Klassifikationssysteme, die DSM-IV der American Psychiatric Association und die ICD 10 der WHO durchgeführt (Grunze et Severus, 2005).

Für die Diagnose entscheidend sind: klinische Beobachtung, gezielte Anamnese, Symptomenkomplex, typischer Verlauf, sorgfältige Außen- und Fremdanamnese und das Erfragen von ätiologischen Faktoren (Konflikte, Auslöser, familiäre Häufung, etc.) (Möller et al, 2005, S.89; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.360).

Mehrere Untersuchungen deutscher WissenschaftlerInnen haben gezeigt, dass es trotz der vielen Fortschritte in Hinblick auf diagnostische Kriterien immer noch durchschnittlich 7,5 Jahre bis zur korrekten Diagnose einer bipolaren Störung dauert. Zusätzlich konnte nachgewiesen werden, dass die häufigste Fehldiagnose (60%) eine unipolare Depression ist (Arolt et al, 2009). Dies ist darauf zurück zu führen, dass hypomane Phasen von PatientInnen nicht als krankhaft empfunden und entsprechend nicht wahrgenommen oder therapiert werden.

Die Erkrankung wird häufig erst sehr spät erkannt und auf Grund der fehlenden oder inadäquaten Therapie sind ungünstige Verläufe die Folge. Eine rechtzeitige Diagnose und eine gezielte Behandlung würden sowohl Krankheitsverlauf als auch Prognose wesentlich verbessern (Möller et al, 2008, S.478).

1.1.6 Differentialdiagnose

Das Spektrum der Differentialdiagnosen ist bei der bipolaren Störung sehr breit gefächert.

Sowohl depressive, als auch manische Erscheinungsbilder können durch körperliche Erkrankungen, andere psychiatrische Erkrankungen oder auch durch substanzbedingte Störungen (durch Drogen, Alkohol und Medikamente) auftreten. Vor allem schizophrene und schizoaffektive Erkrankungen müssen differentialdiagnostisch abgeklärt werden, genauso wie Persönlichkeitsstörungen. Auf somatischer Ebene müssen vor allem internistisch-neurologische Erkrankungen wie Hyperthyreose, Morbus Cushing, Schädel-Hirn-Trauma, Morbus Parkinson, zerebrovaskuläre Erkrankungen und viele mehr ausgeschlossen werden (Lenz et Küfferle, 2008, S.258; Möller et al, 2005, S.89; Möller et al, 2008, S.478; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.360).

1.1.7 Verlauf, Prognose, Komorbidität

Die bipolar affektive Störung zeigt einen, in verschiedenen Zeitabständen rezidivierenden Verlauf mit unterschiedlichen Schweregraden. Im Vergleich zur unipolaren Störung treten die Krankheitsphasen häufiger und mit kürzerer Dauer auf. Bei ca. 70 % der PatientInnen beginnt die bipolare Störung mit einer depressiven Phase und mit zunehmender Krankheitsdauer verkürzen sich die gesunden Intervalle (Möller et al, 2008, S.478; Möller et al, 2005, S.201).

Rapid Cycling stellt eine Sonderform im Verlauf der bipolaren Störung dar. Es zeichnet sich durch einen schnellen Wechsel zwischen Depression und Manie aus, definitionsgemäß mindestens 4 Episoden in 12 Monaten. Etwa 15-20% der Erkrankten sind von dieser Verlaufsform betroffen, vorwiegend wird es bei Frauen beobachtet (Möller et al, 2005, S.102; Möller et al, 2008, S.478; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.356).

Eine Prognose für die bipolare Erkrankung festzulegen, stellt sich als sehr schwierig heraus, da die Diagnosestellung meist erst spät erfolgt und auch die Therapie verzögert beginnt. Die Remissionsraten variieren, Manien weisen die besten Aussichten für eine Remission auf, Rapid Cycling hingegen die schlechtesten (Möller et al, 2008, S.479).

Bei den Komorbiditäten steht an vorderster Stelle der Alkohol- und Drogenabusus (25-45%), gefolgt von den Angststörungen (42%) und Persönlichkeitsstörungen. Bipolare Störungen können besonders durch vorbestehende Suchterkrankungen verschleiert und somit oft nicht erkannt werden. Eine Studie von Thompson et al. konnte belegen, dass eine somatische Komorbidität mit ungünstiger Prognose des Krankheitsverlaufes korreliert (Arolt et al, 2009; Möller et al, 2008, S.481).

1.1.8 Therapie

Prinzipiell unterscheidet man drei Phasen der Behandlung: die Akutbehandlung, die Stabilisierungsphase oder auch Erhaltungstherapie und die Rezidivprophylaxe.

Manische Phase:

Die Akutbehandlung der Manie gestaltet sich meist als schwierig, da es durch das fehlende Krankheitsgefühl zu einer mangelnden Behandlungskooperation der PatientInnen kommt. Häufig ist bei ausgeprägter Symptomatik eine stationär-klinische Behandlung nicht zu umgehen. Psychotherapeutische Zugangsmöglichkeiten sind in der akuten manischen Phase äußerst begrenzt und meist dienen die Gespräche am ehesten der Förderung der Compliance (Lenz et Küfferle, 2008, S.268; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.361).

Psychopharmakologisch können folgende Substanzen eingesetzt werden: Neuroleptika/Antipsychotika, Stimmungsstabilisierer (Lithium, Carbamazepin, Valproat) und Benzodiazepine. Bei der klassischen oder euphorischen Manie gilt Lithium als Therapie der ersten Wahl. Bei ungenügender Wirkung kann Lithium mit Carbamazepin oder Valproinsäure in Kombination gegeben werden. Bei der dysphorischen Manie, sowie auch bei Rapid Cycling zeigte sich laut neueren Erfahrungen Valproat oder Olanzapin als Mittel der Wahl (Lenz et Küfferle, 2008, S.268; Möller et al, 2008, S.482; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.362).

Depressive Episode:

Die Behandlung der depressiven Episode besteht zum einen aus der Gabe von Medikamenten (Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer und atypische Antipsychotika), zum anderen aus der supportiven Psychotherapie (stützendes ärztliches Gespräch). Entsprechend der unterschiedlichen, international publizierten Leitlinien zur Therapie der bipolaren Depression werden primär Stimmungsstabilisierer und Antidepressiva eingesetzt. Je nach Schwere der Erkrankung, kann die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden, jedoch muss immer ein besonderes Augenmerk auf die Abschätzung des Suizidrisikos gelegt werden (Arolt et al, 2009; Möller et al, 2005, S.94; Möller et al, 2008, S.483).

Des Weiteren muss man bei PatientInnen mit bekanntem bipolaren Verlauf, besonders darauf achten, dass ein Umschlagen in eine manische Episode vermieden wird. Diese Auslösung einer manischen Symptomatik nach antidepressiver Behandlung wird als

Switch-Phänomen bezeichnet. Wichtig ist auch, das Risiko der Auslösung eines schnellen Phasenwechsels (Rapid Cycling) zu minimieren (Lenz et Küfferle, 2008, S.266; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.364).

Die Stabilisierungsphase wird nach der Akuttherapie eingeleitet, um einen Rückfall zu verhindern und läuft meist in voller Dosierung über einen Zeitraum von 6 bis 12 Monaten.

Die Indikation zur Rezidivprophylaxe besteht bei Auftreten von drei Episoden unabhängig vom Intervall und nach zwei Episoden innerhalb von 5 Jahren. Eine sorgfältig durchgeführte Rezidivprophylaxe kann zu einer deutlichen Verminderung der affektiven Symptome oder auch zum Verschwinden der Symptome führen und somit die Hospitalisierungsrate senken und insgesamt zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen (Arolt et al, 2009). Eine Erhaltungstherapie sollte über mehrere Jahre laufen und erfordert ein hohes Maß an Compliance. Eine Rezidivprophylaxe sollte, wenn erforderlich, stufenweise über längere Zeit abgesetzt und keinesfalls plötzlich beendet werden (Lenz et Küfferle, 2008, S.269; Möller et al, 2005, S.200).

Derzeit kommen als Mittel der ersten Wahl für die Rezidivprophylaxe der bipolaren affektiven Störung folgende Medikamente zum Einsatz: Lithium, Quetiapin, Valproinsäure, Olanzapin und Lamotrigin (Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.364).

Eine große Studie, durchgeführt 2004 von Geddes et al, konnte zeigen, dass Lithium das Rückfallrisiko um das ca. 3,6-fache reduziert. Zusätzlich wurden durch weitere Studien bestätigt, dass Lithium eine mortalitätssenkende und antisuizidale Wirkung aufweist.

Zusätzlich zur pharmakologischen Therapie sollten kontinuierlich Kontrolluntersuchungen, sowie regelmäßige ärztliche Gespräche und eventuell auch eine spezifische Psychotherapie durchgeführt werden (Möller et al, 2008, S.484; Möller et al, 2005, S.200).

Schlafentzug in Kombination mit Antidepressiva oder auch Lichttherapie stellen weitere erfolgreiche und schonende Behandlungsmöglichkeiten dar. Bei schweren Depressionen mit wahnhaften Symptomatik, bei Stupor oder bei Therapieresistenz, beziehungsweise auch bei therapieresistenten-manischen Episoden kann die Elektrokrampftherapie als Ultima Ratio eingesetzt werden (Lenz et Küfferle, 2008, S.266; Möller et al, 2005, S.98).

1.2 Psychische Störungen in der Schwangerschaft

1.2.1 Depression in der Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft bedeutet für jede Frau eine körperliche und psychische Veränderung, wodurch es zu Ambivalenz Konflikten kommen kann (Möller et al, 2008, S.1224).

Die Prävalenz der Depression während der Schwangerschaft liegt laut Tam et Chung bei 18% (Tam et Chung, 2007). Immer wieder wurde der protektive Effekt der Schwangerschaft auf den Verlauf affektiver Störungen diskutiert, da man davon ausging, dass Frauen in der Schwangerschaft weniger gefährdet sind erstmals an einer affektiven Störung zu erkranken, als in der Zeit nach der Geburt (Möller et al, 2008, S.1224). Eine große Studie (N=13799) die von Evans et al. durchgeführt wurde, weist jedoch darauf hin, dass depressive Symptome postpartal nicht häufiger oder schwerer sind, als während der Schwangerschaft (Evans et al, 2001). Nach wie vor gibt es nur wenige Studien, die diese widersprüchlichen Annahmen genauer untersuchen und sich mit der Diagnostik von depressiven Symptomen während der Schwangerschaft auseinandersetzen.

Die Diagnostik depressiver Symptomatik während der Schwangerschaft stellt eine Herausforderung dar, da Symptome wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit oder Gereiztheit als normale Gegebenheiten während einer Schwangerschaft interpretiert werden, jedoch aber auch bereits Symptome einer beginnenden depressiven Störung sein können und dadurch leicht zu übersehen sind (Altshuler et al, 1998; Marcus et al, 2009).

Schwangere Frauen, die unter schweren psychischen Störungen leiden, tendieren dazu, einen ungünstigeren Schwangerschaftsverlauf zu haben, als gesunde Frauen (Lee et Lin, 2009). Studien zeigten, dass sich unbehandelte psychische Symptome negativ auf den sich entwickelnden Feten auswirken und auch das neonatale Ergebnis beeinträchtigen können (Marcus et al, 2003). Mütterliche depressive Symptome sind mit einer schlechteren Geburtsprognose, niedrigerem Geburtsgewicht, erhöhtem Risiko eine Frühgeburt zu erleiden und Präeklampsie der Mutter assoziiert.

Eine Studie von Marcus et al konnte darstellen, dass 20,4% (n=689) der Probandinnen während der Schwangerschaft depressive Symptome zeigten. Jedoch berichteten 86% von ihnen, dass sie in dieser vulnerablen Phase keine Form der Therapie (Medikamente,

Psychotherapie oder Beratung) erhielten. Durch gezielte Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft könnte man vermutlich Hochrisikopatientinnen für eine Postpartum Depression identifizieren, da herausgefunden wurde, dass die meisten Frauen die eine Postpartum Depression entwickeln, bereits in der Schwangerschaft diese Symptome zeigten (Marcus et al, 2003).

Eine unbehandelte Depression während der Schwangerschaft kann ungünstige Auswirkungen auf Mutter und Kind haben. Komplikationen, die mit einer Depression während der Schwangerschaft in Verbindung stehen, sind: inadäquate Gewichtszunahme, erhöhter Substanzgebrauch (Medikamente, Alkohol), vernachlässigte Schwangerschaftsvorsorge und Frühgeburten (Marcus et Arbor, 2009).

1.2.2 Bipolare Störung und Schwangerschaft

Die bipolare Störung zeigt in der Regel einen frühen Krankheitsbeginn und tritt bei Frauen besonders häufig im gebärfähigen Alter auf. Frauen mit bipolarer Störung haben im Vergleich zu Frauen ohne vorbestehende Erkrankung ein 100fach erhöhtes Risiko eine Postpartumpsychose zu erleiden (20% versus 0,1-0,2%) (Chaudron et Pies, 2003; Viguera et al, 2002). Viele Studien suggerieren, dass die meisten Episoden einer Postpartumpsychose Varianten oder atypische Formen einer bipolar affektiven Störung wären (Chaudron et Pies, 2003).

Jede Frau mit einer bipolaren Störung sollte von ihrem betreuenden Arzt/Ärztin eine genaue Aufklärung über Risiken und Verlauf einer Schwangerschaft erhalten und während Schwangerschaft und Wochenbett engmaschig betreut werden (Möller et al, 2008; Kapfhammer et Klier, 2009).

Daten über die bipolare Störung während einer Schwangerschaft sind begrenzt und widersprüchlich. Wie oben schon erwähnt ging man lange davon aus, dass eine Schwangerschaft einen positiven Effekt auf den Verlauf der bipolaren Störung hätte, jedoch haben aktuelle Studien gegenteilige Ergebnisse gezeigt (Sharma, 2009).

Eine Studie von Viguera et al konnte eine Rückfallsrate von 71% bei bipolaren Frauen während der Schwangerschaft beobachten. Das Rückfallrisiko war um 2.3-mal höher bei Frauen die eine Phasenprophylaxe absetzten (85%), als bei Frauen die ihre Therapie weiterführten (37%) (Viguera et al, 2007). Die Rückfallrate in den ersten 6 Monaten nach der Geburt liegt zwischen 20-80% (Viguera et al, 2002). Diese Daten verdeutlichen, dass

die Schwangerschaft, sowie die Postpartum Periode als eine Zeit der erhöhten Anfälligkeit für das Wiederauftreten von psychotischen Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung gesehen wird.

Mütter mit affektiven Störungen haben im Allgemeinen ein deutlich erhöhtes Risiko während der Schwangerschaft und Geburt mit vermehrten neonatalen Komplikationen, einschließlich Plazentaanomalien, Blutungen und fetalen Stresssyndromen (Jablensky et al, 2005).

In den Ergebnissen der Studie von Lee und Lin zeigte sich, dass schwangere Frauen mit einer bipolaren Störung ein erhöhtes Risiko für einen unerwünschten Schwangerschaftsverlauf haben, bzw. ein höheres Risiko Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht, Frühgeburten und kleine oder wachstumsretardierte Babys zu gebären, sowie einen höheren Anteil an Totgeburten zu haben, als Frauen die keine psychiatrische Krankheit in ihrer Anamnese vorweisen (Lee et Lin, 2009).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigen Frauen mit Postpartumpsychose im ersten Jahr nach der Geburt ein um das 70-fache erhöhtes Suizidrisiko (Kapfhammer et Klier, 2009). Es erfordert eine umgehende Behandlung, auch um das Risiko eines Infantizids (4% der Frauen mit Postpartumpsychose begehen Infantizid) zu verhindern (Sharma et Penava, 2010; Viguera et al, 2002).

Ärzte und Ärztinnen stellen sich bei der Behandlung von schwangeren Frauen mit bipolarer Störung vielfältigen und komplexen Herausforderungen, die konkurrierende Risiken für Mutter und Nachwuchs umfassen (Viguera et al, 2002). Der behandelnde Arzt/Ärztin muss sorgfältig die Auswirkungen der Krankheit für die Mutter, ihr ungeborenes Kind und ihre Familie abwägen und die potenziell nachteiligen fetalen und neonatalen Auswirkungen von Psychopharmaka minimieren. Es zeigt sich ein Mangel an Daten über die Akut- sowie Langzeittherapie von depressiven Episoden während der Schwangerschaft, sowie auch ein Mangel an speziell entwickelten Screening Instrumentarien für den Einsatz vor oder nach der Entbindung bei Frauen mit Verdacht auf eine bipolare Störung (Sharma, 2009).

Folgende Aspekte sollten bei der Behandlung einer bipolaren Störung während einer Schwangerschaft berücksichtigt werden:

- eine geplante Schwangerschaft bietet Zeit für durchdachte Behandlungsmöglichkeiten

- straffes Regimen
- Verwendung der minimal effektiven Dosis
- Betrachtung der Patientin als Hochrisiko Schwangerschaft
- strenges Monitoring
- Leitlinien variieren je nach Schwere der Erkrankung
- Postpartum Prophylaxe in Betracht ziehen
- Behandlungsplan entsprechend individualisieren (Schwangerschaft und Wochenbett)

(Viguera et al, 2002)

Medikamente die zur Behandlung oder zum Schutz von Rezidiven verwendet werden, variieren stark in ihrem teratogenen Potential (Viguera et al, 2002). Eine Lithium Prophylaxe wird den meisten Patientinnen empfohlen und wird im Gegensatz zu Valproat oder Carbamazepin als relativ sicheres Medikament zur Therapie während einer Schwangerschaft angesehen (Chaudron et Pies, 2003; Viguera et al, 2002). Mittlerweile werden auch Neuroleptika, wie Olanzapin oder Quetiapin von behandelnden Ärzten/Ärztinnen empfohlen. Carbamazepin und Valproat sind die Substanzen mit dem höchsten teratogenen Risiko und können gefährliche Komplikationen, wie hepatische Dysfunktion, Hypoglykämie oder Fehl- und Spaltbildungen beim Neugeborenen hervorrufen (Kapfhammer et Klier, 2009). Zusätzlich zum Teratogenitätsrisiko der Medikamente ist im Besonderen auch die hohe Rezidivquote (bis zu 85%) nach Absetzen der Medikation zu beachten (Kapfhammer et Klier, 2009; Viguera et al, 2007).

Die Identifikation von Risikofaktoren vor der Schwangerschaft und vor der Geburt, Screeninguntersuchungen und das Interpretieren von Symptomen, sowie die rechtzeitige Überweisung zur psychiatrischen Betreuung, sind zentrale Themen der Risikoreduzierung von Frauen mit psychosomatischen Störungen während der Schwangerschaft und Geburt.

1.3 Psychische Störungen in der Postpartum Phase

Die Zeit nach der Geburt und im Wochenbett ist für Mutter und Säugling eine sehr bedeutende Phase. Jedoch ist diese frühe Einheit von Mutter und Kind auch vielen Gefährdungen ausgesetzt. Eine Mutter muss nach der Geburt eine erhebliche psychische und körperliche Anpassungsleistung vollbringen und daraus resultieren häufig depressive Reaktionen, die auch als Überforderungssyndrom verstanden werden können. Diese sensitive Phase bedarf genauer Beobachtung und nicht immer ist es einfach, nicht pathologische emotionale Turbulenzen im Wochenbett, von einer beginnenden psychopathologischen Symptomkonstellation zu unterscheiden (Möller et al, 2008, S.1225; Stauber et Weyerstahl, 2007, S.72). Depressionen scheinen die häufigste psychiatrische Störung in der Postpartum Phase zu sein (Brockington, 2004).

Risikofaktoren für das Auftreten von Postpartum Episoden sind vor allem Erstgebärende und Frauen mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (Blackmore et al, 2006; Kendell et al, 1987). Darüber hinaus scheinen Gebärende mit einer Sectio-Entbindung, Frauen mit weiblichen Neugeborenen und kurze Schwangerschaftsdauer stärker gefährdet zu sein (Blackmore et al, 2006; Kendell et al, 1987).

In der Postpartum Periode werden unterschiedliche psychiatrische Krankheitsbilder beschrieben und je nach Schweregrad eingeteilt:

1.3.1 Heultage („Maternity Blues“ oder auch postpartale Dysphorie)

Heultage treten zwischen dem 1. und 10. Tag postpartal auf und dauern meist nur wenige Stunden bis Tage. Die Symptome wechseln zwischen Euphorie und Glücklichkeit und erhöhter Empfindlichkeit, vermehrten Ängsten, Weinen und Schlafstörungen. Man geht davon aus, dass 50-70% der Frauen nach der Geburt von Heultagen betroffen sind. Die Symptomatik wird als Folge der abrupten Hormonumstellung nach der Geburt gesehen, da es einige Tage postpartal zu einem abrupten Abfall der schwangerschaftsspezifischen Hormone kommt.

Eine therapeutische Intervention ist meist nicht erforderlich, da die Symptome in der Regel nach einigen Tagen von selbst abklingen. Jedoch kann es zu einem Übergang in eine postpartale Depression oder auch Postpartumpsychose kommen (Möller et al, 2008, S.1226; Stauber et Weyerstahl, 2007, S.74; Tam et Chung, 2007).

1.3.2 Postpartum Depression

Postpartale Depressionen treten mit einer Inzidenz von 10 bis 20% in den ersten sechs Monaten, in den meisten Fällen schon in den ersten drei Monaten nach der Geburt auf (Chaudron et Pies, 2003). Das Risiko einer Postpartum Depression ist um ein vielfaches höher (zwischen 25-50%) wenn eine Vorgeschichte an Depressionen oder depressiven Episoden während der Schwangerschaft besteht (Altshuler et al, 1998; Marcus et al, 2003; Tam et Chung, 2007).

Als Prädiktoren für das Auftreten von postpartalen Depressionen sind zu nennen: schlechte partnerschaftliche Beziehung, eine Vorgeschichte mit affektiven Störungen, Angststörungen, Heultage, Depressionen bereits in der Schwangerschaft, Alkoholabusus und hoher Selbstanspruch.

Das klinische Bild entspricht dem Spektrum depressiver Symptome, nicht selten treten Panikattacken und Zwangssymptome auf (Kendell et al, 1987; Möller et al, 2008, S.1227). Je nach Ausprägung der Symptome ist eine supportive Therapie oder eine zusätzliche antidepressive Medikation indiziert (Möller et al, 2008, S.1228). Frauen mit einer Vorgeschichte an Depressionen wird eine prophylaktische antidepressive Therapie direkt nach der Geburt empfohlen, da die Rückfallrate dadurch deutlich reduziert wird (Altshuler et al, 2008).

1.3.3 Postpartumpsychose

Die Postpartumpsychose kommt sehr selten vor und betrifft in der Regel nur 0,1 – 0,2% der Gebärenden (Chaudron et Pies, 2003). Meist beginnt das Krankheitsbild innerhalb der ersten vier Wochen nach der Entbindung und äußert sich durch psychotische, affektive Episoden. Die Symptomatik reicht von schwerer melancholischer Depression mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen bis hin zu Suizidalität mit Infantizidrisiko.

Am häufigsten tritt eine Postpartumpsychose bei Erstgebärenden auf, jedoch stellen auch Faktoren wie höheres mütterliches Alter und fehlende Partnerschaft ein erhöhtes Risiko dar (Blackmore et al, 2006).

Bei einer postpartalen Psychose ist meist eine stationär-psychiatrische Aufnahme unumgänglich, da sie oft einen schweren psychiatrischen Notfall darstellen (Chaudron et Pies, 2003; Möller et al, 2008, S.1230; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.427).

1.4 Angststörungen

1.4.1 Definition

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und zeigen unterschiedliche Erscheinungsformen.

Angst gehört zu den grundlegendsten Emotionen des Menschen und trägt als biosoziales Signal entscheidend zu einer sicheren zwischenmenschlichen Bindung und risikobewussten Auseinandersetzung mit der Umwelt dar (Möller et al, 2008, S.568).

Pathologische Ängste unterscheiden sich von gesunden Ängsten dadurch, dass sie durch eine objektiv nicht bedrohliche Situation ausgelöst werden, über die auslösende Situation hinaus bestehen und im Ausmaß dem Anlass gegenüber unangemessen sind (Hoffmann et al, 2004, S.79).

Laut ICD-10 lassen sich Angststörungen wie folgt klassifizieren:

F 40 Phobische Störungen

F 40.0 Agoraphobie

F 40.1 Soziale Phobien

F 40.2 Spezifische (isolierte) Phobien

F 40.8 Sonstige phobische Störungen

F 41 Sonstige Angststörungen

F 41.0 Panikstörung

F 41.1 Generalisierte Angststörung

F 41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

1.4.2 Allgemeines und Epidemiologie

Angststörungen zählen neben Suchterkrankungen und unipolaren affektiven Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Die durchschnittliche Lebenszeitprävalenz liegt aktuell bei 21% (Möller et al, 2008, S.570).

Die spezifische oder isolierte Phobie ist die am häufigsten vorkommende Angsterkrankung, gefolgt von der sozialen Phobie, der generalisierten Angststörung, der Agoraphobie und der Panikstörung (Möller et al, 2005, S.107; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.372). Die Lebenszeitprävalenz der Panikstörung liegt bei 3-4% (Möller et al, 2005, S.116).

Es besteht eine signifikante Geschlechterdifferenz: Frauen sind doppelt so häufig von Angststörungen betroffen wie Männer (Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.372).

Das Ersterkrankungsalter zeigt bei den unterschiedlichen Angstformen ein differenzielles Risiko. Spezifische und soziale Phobien treten vermehrt in der Kindheit und Adoleszenz auf, die Panikstörung sowie die Agoraphobie treten meist zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf und die generalisierte Angststörung zeigt ein bimodales Risiko (Adoleszenz sowie ab dem 40. Lebensjahr) (Möller et al, 2008, S.572). Nach dem 45. Lebensjahr nimmt die Inzidenz der Angststörungen deutlich ab (Möller et al, 2005, S.108).

1.4.3 Ätiopathogenese

Bei der Ätiopathogenese von Angststörungen geht man von einem multifaktoriellen Geschehen aus und es werden verschiedene psychologische und neurobiologische Modelle diskutiert.

Zu den psychosozialen Faktoren, die zur Entstehung einer Angsterkrankung beitragen, zählen: Verlusterlebnisse, traumatisierende Erfahrungen wie körperliche und sexuelle Misshandlungen (negative „life events“), Alkoholmissbrauch, schwerwiegende somatische Erkrankungen, Belastungen verschiedener Genese, elterliche Einflüsse und Persönlichkeitsfaktoren, wie ängstliche und abhängige Persönlichkeitszüge. Häufig werden die im Rahmen von Angst wahrgenommenen körperlichen Symptome von den Betroffenen als Gefahr fehlinterpretiert, was zu einer stetigen Zunahme der Angstsymptome führt („Teufelskreis“).

Als pathophysiologischen Erklärungsansatz für die Entstehung von Angststörungen diskutiert man Störungen der Neurotransmission, bei denen es zu Fehlfunktionen der serotonergen und noradrenergen Kerngebiete kommt. Eine zentrale Stellung nimmt auch das limbische System, insbesondere Amygdala ein, da es wesentlich in der Regulation von Aufmerksamkeit und Angst involviert ist. Von besonderer Bedeutung ist auch das GABA-System, das anxiolytische und anxiogene Effekte vermittelt.

Genetische Faktoren spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle. Die Panikstörung zeigt die höchste familiäre Häufung (bis zu 70%), gefolgt von der sozialen Phobie (Möller et al, 2003; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.373).

1.4.4 Symptomatologie und klinische Subtypen

Symptome der Angst können sich sowohl auf psychischer, als auch auf körperlicher Ebene darstellen. Häufig steht bei den PatientInnen nicht das subjektive Erleben von Angst im Vordergrund der Beschwerden, sondern unterschiedliche körperliche Symptome wie z.B. Tachykardie, Schwindel, Zittern oder abdominelle Beschwerden. Psychische Symptome können sich als Vernichtungsgefühle, Entfremdungserlebnisse, Todesangst, qualvolles Gefühl der Beklemmung und innere Unruhe äußern. Ein weiteres Hauptmerkmal von Angststörungen ist das charakteristische Vermeidungsverhalten (Möller et al, 2005, S.110; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.375).

Generalisierte Angststörung:

Bei dieser Form der Angststörung handelt es sich um eine generalisierte, langanhaltende Angst, die frei flottierend ist und meist einen chronischen Verlauf zeigt. Als Hauptmerkmal zeigt sich eine unrealistische, übertriebene Angst und Besorgnis bezüglich allgemeiner oder besonderer Lebensumstände.

Die Betroffenen befinden sich in einem persistierend, ängstlich angespannten Zustand, laut DSM-IV über eine Zeitdauer von sechs Monaten und die in der Mehrzahl der Tage auftritt. Begleitet werden die Angstsymptome insbesondere von Anzeichen motorischer Spannungen wie Zittern oder Muskelspannung, sowie von Zeichen vegetativer Übererregbarkeit wie Schwindel, Atemnot oder Tachykardie. Hypervigilanz, erhöhte Aufmerksamkeit, Unfähigkeit zur Entspannung und ständige Befürchtungen und Sorgen dominieren darüber hinaus das Bild einer generalisierten Angststörung (Hoffmann et al,

2004, S.91; Lenz et Küfferle, 2008, S.274; Möller et al, 2005, S.118; Möller et al, 2008, S.596).

Panikstörung:

Die Panikstörung ist definiert durch wiederkehrende Angstanfälle mit plötzlichem Beginn und eskalierender, unkontrollierbar erlebter Intensität innerhalb weniger Minuten. Eine Panikattacke tritt meist unerwartet auf und ist mit einer ausgeprägten körperlichen Symptomatik verbunden, jedoch ohne somatische Ursache. Die Panikstörung ist meist auch charakterisiert durch eine anhaltende Besorgnis vor wiederkehrenden Angstanfällen und ist auch als Angst vor der Angst (Phobophobie) zu verstehen. Eine Panikstörung tritt sehr häufig in Kombination mit einer Agoraphobie auf (Hoffmann et al, 2004, S.87; Möller et al, 2008, S.568; Möller et al, 2005, S.116).

Phobische Störungen:

Als Phobie wird eine Angstkrankheit bezeichnet, die sich durch andauernde, unbegründete, an eine Situation oder einen Gegenstand gebundene Angst definiert. Die PatientInnen versuchen eine Situation bzw. ein spezifisches Objekt zu vermeiden und erzielen damit in der Regel Angstfreiheit. Als Resultat des Vermeidungsverhaltens kommt es zu deutlichen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung. Alle Phobien können mit Angstanfällen einhergehen. Die Gemeinsamkeiten aller Subtypen der Phobien sind: Beeinträchtigung der Lebensqualität, Auftreten körperlicher Symptome, andauernde Symptomatik, Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten (Gastpar et al, 2003, S.159; Hoffmann et al, 2004, S.95; Lenz et Küfferle, 2008, S.275; Möller et al, 2008, S.569).

Agoraphobie:

Als Agoraphobie wird eine irrationale Furcht vor sozialen Situationen bezeichnet, in denen sich der/die PatientIn außerhalb der gewohnten Umgebung aufhält. Typisch bei diesem Krankheitsbild ist die Furcht vor einer Situation der Hilflosigkeit in der Öffentlichkeit. Angstausslösend können sein: der Aufenthalt auf öffentlichen Plätzen oder überfüllten und räumlich begrenzten Orten, sich in Menschenmengen befinden oder auch Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause. In solchen Situationen treten verschiedene

Kombinationen körperlicher und psychischer Symptome auf, wie zum Beispiel plötzlicher Schwindel, Ohnmachtsgefühle, Herzbeschwerden und Depersonalisationsgefühle. Bei mehr als der Hälfte der PatientInnen ist die Agoraphobie mit Panikattacken und Hyperventilationsanfällen verbunden. Schwere Formen der Agoraphobie schränken die Betroffenen in ihrem alltäglichen Leben zunehmend ein und fesseln sie ans Haus oder an eine Begleitperson (Hoffmann et al, 2004, S.98; Möller et al, 2008, S.596; Möller et al, 2005, S.111; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.377).

Soziale Phobie:

Bei dieser Form der Angst werden Handlungen oder Kontakte, die eine reale oder befürchtete Interaktion mit anderen Menschen beinhalten, vermieden. Charakteristisch sind Angst vor leistungsbezogenem Versagen, vor Demütigung, vor sozialer Beschämung und Gespött. Auslösende Situationen können sein: Sprechangst in der Öffentlichkeit, in Gesellschaft essen oder trinken, Angst vor Kontakt mit Autoritäten oder fremden Personen. Schwitzen, Erröten, Zittern, Übelkeit, Miktionsdrang und Vermeiden von Blickkontakt sind typische Symptome der sozialen Phobie (Hoffmann et al, 2004, S.104; Möller et al, 2008, S.596; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.377).

Spezifische Phobien:

Spezifische Phobien sind definiert durch ausgeprägte, anhaltende Angst, die durch das Vorhandensein von spezifischen Objekten oder Situationen ausgelöst wird. Die Angst kann sich von ängstlicher Irritiertheit bis hin zur immobilisierenden Panik präsentieren. Man kann folgende Subtypisierungen unterscheiden: Tierphobien, Klaustrophobien, Höhenängste, Flugängste, Ängste vor zahnärztlichen Interventionen, Angst vor Verletzungen bzw. Blut und Angst vor Naturerscheinungen (Möller et al, 2003, S.114; Möller et al, 2008, S.597; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.377).

1.4.5 Diagnostik

Von besonderer Wichtigkeit bei der Diagnostik von Angststörungen, sind die Unterscheidung zwischen normaler und krankhafter Angst, sowie die Differenzierung zwischen Angst und Depression. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass es meist

mehrere Jahre dauern kann, bis die adäquate psychiatrische Diagnose gestellt wird und dies naturgemäß zu einer Verzögerung von prinzipiell effektiven Therapieoptionen mit entsprechender Verschlechterung der Prognose führt (Möller et al, 2005; Mikoteit et Hatzinger, 2006).

Die diagnostischen Kriterien der unterschiedlichen Angststörungen präsentieren sich in den Klassifikationssystemen von ICD10 und DSM-IV, auf die in dieser Arbeit jedoch nicht näher eingegangen wird (Möller et al, 2003; Rothenhäusler et Täschner, 2007; S.378).

1.4.6 Differentialdiagnose

Bei Angststörungen ist es von besonderer Wichtigkeit, somatische Erkrankungen auszuschließen, da eine Reihe von lebensbedrohlichen Krankheiten existieren, die mit akuten Angstzuständen assoziiert werden können. Differentialdiagnostisch müssen im Vorfeld organische Grunderkrankungen, Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Belastungsstörungen, affektive Erkrankungen, sowie Medikamenteneinnahme abgeklärt werden (Gastpar et al, 2003, S.163) (Siehe Abbildung 6).

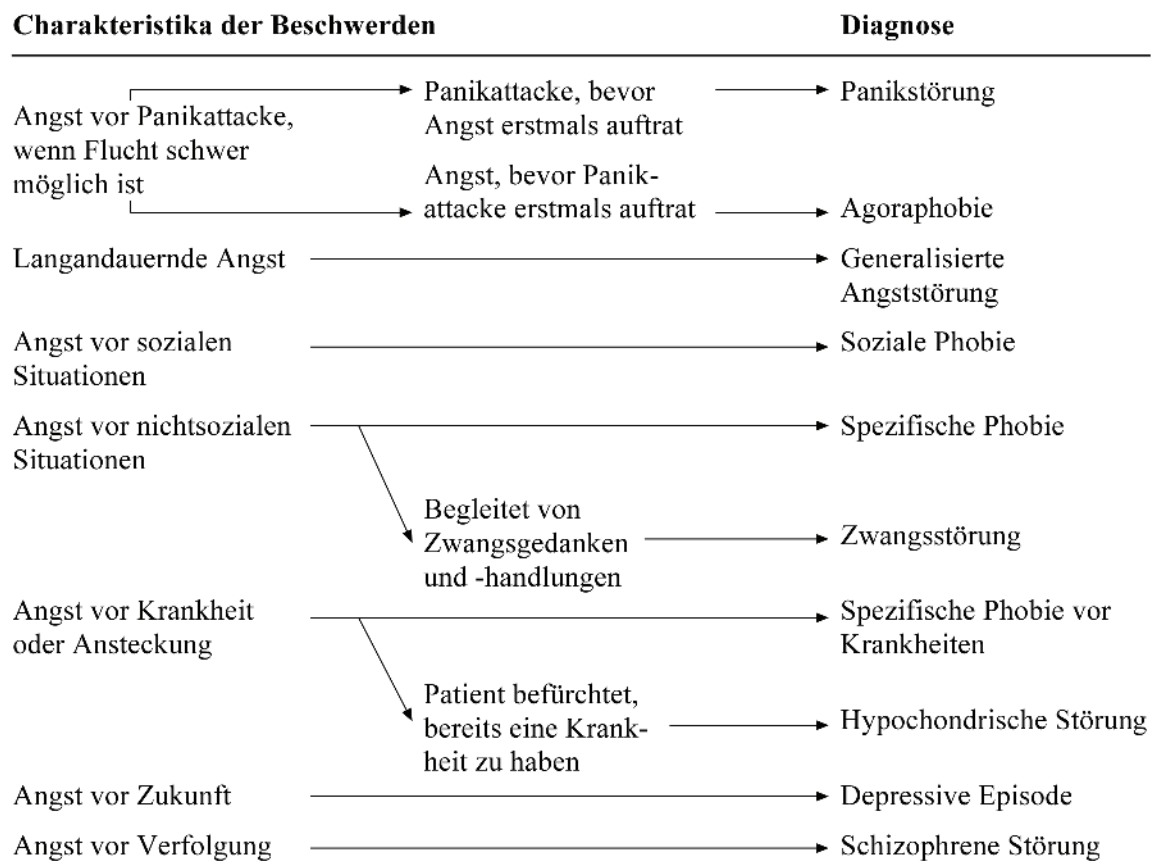


Abbildung 6: Differentialdiagnose bei Angstsymptomatik

(Quelle: Gastpar et al, 2003, S. 163)

1.4.7 Verlauf, Prognose, Komorbidität

Angsterkrankungen haben einen hohen Stellenwert, da sie mit häufiger Chronizität und damit assoziierter Komorbidität und psychosozialer Behinderung auftreten. Bei allen Angststörungen zeigt sich eine Beeinträchtigung der Lebensqualität (Gastpar et al, 2003, S.164; Möller et al, 2008, S.598).

Panikstörungen präsentieren sich in den meisten Fällen durch einen chronischen Verlauf und bestehen über Jahre in unterschiedlicher Intensität, besonders in Kombination mit einer Agoraphobie. Ihr Beginn ist plötzlich und häufig mit belastenden Lebensumständen verbunden.

Bei der generalisierten Angststörung handelt es sich ebenfalls überwiegend um ein chronisch verlaufendes Krankheitsbild. Der Beginn ist meist nicht nachvollziehbar, da sich das Krankheitsbild schleichend entwickelt und meist schon über Jahre ängstliche Charakterzüge bestehen.

Die Sozialphobie zeigt einen Krankheitsausbruch meist bereits in der Kindheit bzw. Adoleszenz und oftmals liegen Jahre zwischen Krankheitsbeginn und spezifischer Behandlung.

Spezifische Phobien zeigen einen unterschiedlichen Verlauf: Phobien, die in der Kindheit auftreten, sind häufig vorübergehend und klingen ohne Behandlung ab. Phobien, die erst im hohen Erwachsenenalter erworben werden, zeigen meist einen resistenten chronischen Verlauf (Hoffmann et al, 2004, S.106; Möller et al, 2008, S.598).

Angststörungen zeigen ein hohes Komorbiditätsrisiko. Sekundär auftretende komorbide psychische Störungen wirken sich prognostisch ungünstig auf den Verlauf von Angststörungen aus. PatientInnen mit einer Panikstörung bzw. einer generalisierten Angststörung erkranken in bis zu 60% an einer Depression. Des Weiteren besteht häufig ein erhöhtes Suizidrisiko, sowie eine Assoziation zu Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabusus (Möller et al, 2003, S.124; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.376).

1.4.8 Therapie

Die Therapie der Angststörung richtet sich nach dem Schweregrad der Symptome und sollte pharmakologische, sowie auch verhaltenstherapeutische Interventionen beinhalten.

Für die Akutbehandlung von Angst wird vor allem das verständnisvolle Gespräch und das sogenannte „talking down“, um den/die PatientIn zu beruhigen, angewandt.

Bei der Agoraphobie und der Panikstörung steht die medikamentöse Behandlung im Vordergrund, bevorzugt werden SSRIs und MAO-Hemmer eingesetzt. Die Therapie der generalisierten Angststörung setzt sich meist aus einer Kombination von Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie zusammen. In erster Linie werden Antidepressiva sowie zur Kurzzeitbehandlung Benzodiazepine verwendet. Phobische Störungen sprechen sehr gut auf psychotherapeutische Verfahren an, wobei Verfahren wie Reizkonfrontation, bzw. Exposition angewandt werden. Häufig ist bei AngstpatientInnen eine mehrjährige, prophylaktische Langzeittherapie indiziert (Möller et al, 2005; Möller et al, 2008, S.601; Rothenhäusler et Täschner, 2007, S.377).

1.5 Angst und bipolare Störung

Man geht davon aus, dass Angststörungen die häufigste psychiatrische Komorbidität bei PatientInnen mit bipolar affektiver Störung darstellen (McIntyre et al, 2006). Bis zu 75% aller PatientInnen mit bipolarer Störung leiden unter einer komorbiden Angststörung und man nimmt an, dass bei bipolarem Typ I PatientInnen bis zu 92% davon betroffen sind (El-Mallakh et Hollifield, 2008).

Die Folgen und der Verlauf einer bipolaren Störung sind deutlich schlechter bei gleichzeitiger Anwesenheit einer komorbiden Angststörung (El-Mallakh et Hollifield, 2008). Die Präsenz von Angstsymptomen während depressiver Episoden ist verbunden mit einer stärkeren Ausprägung und Persistenz der depressiven Symptome, sowie einem schwerwiegenderem und chronischem Verlauf (Coryell et al, 2009; Mikoteit et Hatzinger, 2003). Bipolare PatientInnen die hohe Angstlevels zeigen oder sich mit koexistenten Angststörungen präsentieren, zeigen eine höhere Wahrscheinlichkeit für Rapid Cycling, ein höheres Suizidrisiko, kürzere euthyme Episoden, schlechteres Therapieansprechen, schlechtere Lebensqualität und eine schlechtere Remissionsprognose (Coryell et al, 2009; El-Mallakh et Hollifield, 2008). Des Weiteren treten bei bipolaren PatientInnen mit Angstsymptomen häufiger Panikattacken auf, wodurch sie meist höhere Dosen an Medikamenten benötigen, um eine symptomatische Remission zu erreichen (McIntyre et al, 2006).

Die Koexistenz einer Angststörung stellt eine besonders schwierige Herausforderung in der Behandlung der bipolaren Erkrankung dar, da es Hinweise gibt, dass Antidepressiva, die Hauptstütze der pharmakologischen Behandlung von Angst, den Verlauf manisch-depressiver Episoden nachteilig verändern können (El-Mallakh et Hollifield, 2008).

1.6 Angst in Schwangerschaft und Postpartum

Angst in der Schwangerschaft ist ein Thema, das immer mehr an Bedeutung gewinnt, da man sich der Auswirkungen (prä- und postpartal) auf Mutter und Kind nicht im Klaren ist und auch der Zusammenhang zwischen Angst und Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt noch nicht geklärt ist.

Mutter zu werden wird als eine bedeutende Erfahrung im Leben einer Frau gesehen und wird bei den meisten mit stabiler oder euphorischer Stimmung während der späten Schwangerschaft und der frühen Postpartum Phase empfunden. Diese Zeit bringt aber auch

ein enormes Potenzial physischer und psychischer Belastung mit sich (Correia et Linhares, 2007; Lonstein, 2007). Schwangerschaft und Wochenbett sind mit erheblichen psychosozialen Veränderungen assoziiert, die anstrengend sein können und somit zu erhöhter Anfälligkeit von Angststörungen führen (Shear et Mammen, 1995). Häufig treten Bedenken in Zusammenhang mit Themen wie persönlicher Erscheinung und Gesundheit, Gesundheit des Neugeborenen, erhöhter Anforderung an Zeit und Energie, Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und die Fähigkeit sich angemessen um das Neugeborene zu kümmern, auf. Solche Bedenken sind normal, führen jedoch bei einigen Frauen zu postpartalen affektiven Störungen, die häufig mit erhöhter Angst einhergehen (Lonstein, 2007). Darüber hinaus können die körperlichen und hormonellen Veränderungen, die eine Frau während der Schwangerschaft durchmacht, emotionale Instabilität hervorrufen (Correia et Linhares, 2007).

Der Beginn von Stimmungs- und Angststörungen tritt häufig im gebärfähigen Alter auf. Peripartale Angst gilt als starker Prädiktor für eine spätere Postpartum Depression (Lonstein, 2007; Vythilingum 2008). Eine Kohortenstudie ergab, dass 18% der Schwangeren während des zweiten Trimesters an einer Angststörung litten und 25% in der Postpartum Phase davon betroffen waren (Andersson et al, 2006).

Bisherige Ergebnisse zeigen, dass Symptome der Angst während der Schwangerschaft und der postpartalen Phase weit verbreitet und die mütterlichen Symptome von Angst während der Schwangerschaft mit negativen fetalen Entwicklungsstörungen und Konsequenzen verbunden sind. Die Überaktivität des mütterlichen neuroendokrinen Systems hat bei Feten, die von gestressten und ängstlichen Müttern geboren wurden, negative gesundheitliche Folgen gezeigt (Ross et al, 2006).

Laut zahlreicher internationaler Studien beeinflussen Angststörungen den Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt und führen zu einer erhöhten Inzidenz geburtshilflicher Komplikationen (Levine et al, 2003; Correia et Linhares, 2007).

Littleton et al führten eine Metaanalyse verschiedener Studien durch, mit deren Hilfe die Korrelation zwischen pränataler Angst und Geburtskomplikationen ausgewertet wurde, es fand sich jedoch kein statistisch signifikanter Zusammenhang (Littleton et al, 2007).

Panikstörungen treten mit einer Prävalenz zwischen 1.3% und 2.0% während der Schwangerschaft auf (Ross et al, 2006). In unterschiedlichen Studien zeigten Panikstörungen während der Schwangerschaft einen variablen Verlauf. In den meisten Fällen zeigten die Ergebnisse, dass die physiologischen Veränderungen während einer

Schwangerschaft zu einer Verbesserung der Paniksymptome geführt haben (Bandelow et al, 2006; Altshuler et al, 1998). Andererseits wird beschrieben, dass Panikattacken während der Schwangerschaft weiterhin aufgetreten sind und sich sogar verschlechtert haben, insbesondere im letzten Abschnitt der Schwangerschaft (Cohen et al, 1994). Mehrere Studien konnten belegen, dass Frauen in der frühen Postpartumphase (bis zu 8 Wochen postpartal) von einer Abnahme des Schweregrads der Angstsymptome berichteten (Guler et al, 2008; Breitkopf et al, 2006). Stuart et al berichtete in seiner Studie, dass es erst 3 bis 7 Monate postpartal zu einer Verschlechterung der Angstsymptome, sowie zum Auftreten neuer Symptome gekommen war (Guler et al, 2008; Stuart et al, 1998). Auch wenn es in der Literatur nicht ganz geklärt ist, geht man davon aus, dass die Postpartum Phase eine Zeit erhöhter Vulnerabilität für rezidivierende Paniksymptome ist (Bandelow et al, 2006; Altshuler et al, 1998; Andersson et al, 2006).

Das Forschungsinteresse hat sich lange Zeit primär auf die emotionalen Veränderungen bei Frauen nach der Geburt konzentriert, anstatt auch den psychischen Zustand während der Schwangerschaft und spezifische Ängste bezogen auf die Schwangerschaft zu beobachten. Primär wurden Fragebögen verwendet, die Angst im Allgemeinen explorieren, wie der STAI (State-Trait Anxiety Inventory) oder der MAS (Manifest Anxiety Scale). Schwangerschaftsspezifische Ängste wurden meist nicht ermittelt, da validierte Messinstrumente fehlten (Huizink et al, 2004).

Huizink et al führte 2004 eine prospektive Studie zur Messung von spezifischen Ängsten im Zusammenhang mit Schwangerschaft, mit der verkürzten Version des PRAQ (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire) durch, der 1974 von Van den Bergh entwickelt wurde. Durch eine Faktorenanalyse konnten drei Aspekte der einflussnehmenden, schwangerschaftsspezifischen Ängste ausgearbeitet werden: Angst vor der Geburt, Angst ein physisch oder psychisch krankes Kind zu gebären, Sorge über das eigene Aussehen. Zudem fand man heraus, dass Frauen, die beim PRAQ hohe Werte zeigten, in Folge Kinder auf die Welt brachten, die ein höheres Risiko für das Auftreten von Verhaltens- und Entwicklungsproblemen im ersten Lebensjahr hatten (Huizink et al, 2004).

Schwangerschaftsspezifische Ängste sollten von genereller Angst und Persönlichkeitseigenschaften unterschieden werden. Es wird angenommen, dass schwangerschaftsspezifische Ängste, definiert als Sorgen, Bedenken und Ängste in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, der Gesundheit des Säugling und der zukünftigen Elternschaft, mit perinatalen Outcomes in Verbindung stehen und nicht mit

allgemeinen Ursachen der Angst (Littleton et al, 2007). Das Gefühl, die Kontrolle über den Verlauf der Schwangerschaft zu haben, hat einen wesentlichen Einfluss auf die Ausprägung der schwangerschaftsspezifischen Ängste. Darüber hinaus wurde herausgefunden, dass Persönlichkeitseigenschaften wie Neurotizismus und pränatale Depression mit erhöhter Angst während der Schwangerschaft in Verbindung stehen (Huizink et al, 2004).

2 Die Studie

2.1 Ziel der Studie

Ziel dieser Studie ist es, mehr über den Verlauf einer bipolaren Störung bei Frauen in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und im speziellen auch der Postpartum-Phase zu erfahren und deren Auswirkungen zu untersuchen. Wie wirkt sich die Schwangerschaft und Geburt auf den Verlauf der bipolaren Störung aus? Wirkt sich eine Schwangerschaft protektiv auf den Verlauf der bipolaren Störung aus?

Die Studie gliedert sich in mehrere Bereiche, so wurden Angst, Alkohol-, Drogen- und Nikotinabusus, Partnerschaft und soziale Unterstützung, Persönlichkeitsstruktur oder auch Stresssituationen, bzw. Life-Events im Zusammenhang mit der bipolaren Störung determiniert.

Im Rahmen dieser Arbeit habe ich mich intensiv mit dem Thema der Angst auseinandergesetzt. Der Fokus im Rahmen dieser Studie war es, die Auswirkungen von Angst auf die Schwangerschaft und die Postpartum-Phase bei bipolaren Patientinnen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu untersuchen. Und welchen zusätzlichen Einfluss übt Angst auf den Verlauf der bipolaren Störung in der Schwangerschaft aus.

Primär wurde untersucht, ob bipolare Patientinnen ein höheres Angstniveau zeigen als Gesunde. Mit spezifischen Fragebögen zum Thema „Angst“ wurde versucht herauszufinden, wie sich schwangerschaftsspezifische Ängste im Verlauf der Schwangerschaft entwickeln und verändern, sowie auch wie sich schwangerschaftsspezifische Ängste von Symptomen genereller Angst differenzieren. Interessant war auch die Fragestellung, ob ein ängstlicher Charakter bei bipolaren Patientinnen oder auch Gesunden zu vermehrten Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen führt.

2.2 Hypothesen

Nach dieser intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema der bipolaren Störung, Angst und Schwangerschaft können folgende Hypothesen erstellt werden:

1. Patientinnen, die unter einer bipolaren Störung leiden, haben im Vergleich zur Normalbevölkerung, ein signifikant höheres Angstniveau in der Schwangerschaft und Postpartum-Phase.
2. Bipolare Frauen, ob mit oder ohne Geburts- oder Schwangerschaftskomplikationen, unterscheiden sich in ihrem Angstverhalten von gesunden Frauen.
3. Bipolare Patientinnen besitzen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe ein höheres Risiko, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen zu erleiden.
4. Bipolare Patientinnen sind häufiger von einer Postpartum Depression, einer Schwangerschaftsdepression oder Heultagen betroffen als Gesunde.
5. Bipolare Patientinnen mit ängstlichem Charakter (erhöhtem Trait Angst Level) haben ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von schwangerschaftsspezifischen Ängsten.
6. Ein erhöhtes Angstniveau in der Schwangerschaft und der Postpartum-Phase erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Postpartum Depression bzw. Psychose bei bipolaren Patientinnen.

2.3 Klinische Relevanz

Diese Studie hat eine wesentliche klinische Relevanz, da sie sich mit einer Thematik auseinandersetzt, die bis heute wenig erforscht ist, die bipolare Störung jedoch ein Krankheitsbild mit zunehmender Häufigkeit bei Frauen im gebärfähigen Alter darstellt.

Besonders in Hinsicht auf schwangerschaftsspezifische Ängste gibt es noch viele offene Fragen und da diese spezifischen Ängste nicht zur Gruppe der Angststörungen zählen, werden sie meist nicht erfasst und nicht therapiert.

Bestätigen sich unsere Hypothesen, dass bipolare Patientinnen ein höheres Angstniveau haben als Gesunde, wäre es von besonderer Wichtigkeit, mehr über den Einfluss von Angst auf den Verlauf der bipolaren Störung herauszufinden, um dementsprechende Maßnahmen

setzen zu können. Patientinnen, die an einer bipolaren Störung leiden, bedürfen einer intensiven Betreuung, besonders in Hinsicht auf die Phase der Schwangerschaft und der Postpartum-Phase. Bei der medikamentösen Therapie sollten immer Nebenwirkungen und teratogene Effekte in die Behandlungsstrategie miteinfließen. Auch der wichtige Stellenwert einer psychologischen Betreuung sollte keinesfalls außer Acht gelassen werden.

3 Material und Methoden

3.1 Ablauf der Studie

Die Studie wird von einem Team aus Ärztinnen, Ärzten und Psychologinnen, unter der Leitung von Dr. med. univ. Eva Reininghaus an der Universitätsklinik für Psychiatrie am LKH Graz durchgeführt.

Im Rahmen der Studie werden detaillierte Patientinnen- und Probandinnenbefragungen anhand von semistrukturierten Interviews durchgeführt. Das Interview gliedert sich in zwei Teile, zum einem aus dem SKID (strukturiertes klinisches Interview für DSM IV), der von den an der Studie mitwirkenden Psychiaterinnen und Psychiatern und Psychologinnen durchgeführt wird und zum anderen aus unterschiedlich zusammengesetzten Fragebögen, die von den mitwirkenden Studentinnen durchgeführt werden.

Der Studie wurde ein Zeitrahmen von 3 Jahren gesetzt.

3.2 SKID

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

3.3 Die Fragebögen

3.3.1 Allgemeine Beschreibung

Zusätzlich zum SKID wurden spezielle Interviewteile durchgeführt, die unterschiedliche Themenbereiche umfassen und deren Auswirkung auf die bipolare Störung untersuchen. Die Auflistung der verschiedenen Fragebögen erfolgt weiter unten. Auf zwei Fragebögen werde ich noch gesondert expliziter eingehen, da sie speziell für meine Berechnungen von Relevanz sind.

- Selbst erstelltes Interview zum Verlauf von Schwangerschaft und Postpartum
- **PPPR** (Steinhausen, 2009): Fragebogen zur Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren
- **Leipziger Ereignis- und Belastungsinventar** (LEBI; Richter und Guthke, 1994): dieser Fragebogen erfasst die subjektiv wahrgenommene Belastung, Kontrollierbarkeit bzw. wahrgenommene soziale Unterstützung bei bestimmten Lebensereignissen
- **NEO-Fünf-Faktoren-Inventar** (NEO-FFI; Costa und McCrae, 1992): dieser Fragebogen dient der Erfassung der eigenen individuellen Persönlichkeitsstruktur
- **Lübecker Alkoholabhängigkeits- und missbrauchs-Screening-Test** (LAST; Rumpf et al, 1997): zur Erfassung des Alkoholkonsums und –missbrauch
- **Strukturiertes Interview über Angst in der Schwangerschaft und Postpartum**
- **Paarklimaskalen** (PKS; Schneewind und Kruse, 2002): dieser Fragebogen erfasst die unterschiedlichen Aspekte in der Gestaltung von ehelichen sowie nichtehelichen Paarbeziehungen
- **Fragebogen zur Sozialen Unterstützung** (F-SozU; Frydrich et al, 2007): dieser Fragebogen erfasst die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung aus dem eigenen sozialen Umfeld
- **State-Trait-Angstinventar** (STAI; Laux et al, 1981): Ausprägung von Angst

bzw. Ängstlichkeit

- **Inventar zum Umgang mit Stresssituationen** (CISS; Kälin und Semmer, 2009): dieser Fragebogen erfasst den individuellen Umgang mit Stresssituationen
- **Standardisiertes Interview**: zur Erfassung des subjektiv wahrgenommenen Einflusses bzw. Risikos der Einnahme von Psychopharmaka und das Ausmaß der diesbezüglich stattgefundenen Beratung

3.3.2 Spezieller Teil

Im Rahmen der Studie lag der Fokus der Arbeit auf zwei speziellen Fragebögen:

1. STAI – State Trait Angstinventar
2. Strukturiertes Interview zur Schwangerschaft und Geburt: „Angst in der Schwangerschaft und im Postpartum“

3.3.2.1 STAI – State Trait Angstinventar

Das STAI besteht aus zwei voneinander unabhängigen Skalen und dient der Erfassung von Angst als Zustand (State Angst) und Angst als Eigenschaft (Trait Angst). Er wurde 1970 von C. D. Spielberger et al. entwickelt und ist bis heute der gebräuchlichste Test zur Messung der Ängstlichkeit.

In der vorliegenden Studie wird nur die zweite Skala, die Trait-Angstskala, zur Ermittlung der Angst als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal eingesetzt. Ziel dieses Testverfahren ist es, die Angst als Eigenschaft (Ängstlichkeit) unter Berücksichtigung von Situationseinflüssen und verschiedenen intrapsychischen Prozessen zu beschreiben.

Die Skala besteht aus 20 Items (Selbstaussagen), die beschreiben wie sich die Probandin im Allgemeinen fühlt (situationsunabhängiges Allgemeinbefinden). Die Beantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Skala mit Häufigkeitsangaben. Der Trait-Fragebogen hat 13 positive und 7 negativ formulierte Aussagen.

Antwortmöglichkeiten:

1 – Fast nie

2 – Manchmal

3 – Oft

4 – Fast immer

Auswertung:

Zur Berechnung des Rohwertes eines Probanden werden die Summenwerte der 20 Feststellungen addiert. Die Spannweite der möglichen Werte reicht von minimal 20 bis maximal 80. Für die Auswertung bedeutet dies, dass je höher der Endwert, desto höher die Angst. Ein Wert von 20 hingegen spricht für das Nichtvorhandensein von Angst.

Zur Kontrolle des möglichen Einflusses der Zustimmungstendenz bei der Beantwortung des STAI sind einige Feststellungen in Richtung Angst und andere in Richtung Angstfreiheit formuliert. So muss vor der Errechnung des Summenwertes, der das Ausmaß der Angst beschreiben soll, eine Inversion derjenigen Items gemacht werden, die in Richtung Angstfreiheit formuliert sind.

Die Umrechnung erfolgt folgendermaßen:

zu summierender Wert = $(5 - \text{angekreuzter Wert})$

Folgende Items sollten invertiert werden: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39

Wenn mehr als 2 Werte fehlen, kann der Fragebogen nicht mehr beurteilt werden. Bei einer oder maximal 2 unbeantworteten Feststellungen, kann der Mittelwert der beantworteten Fragen errechnet, mit 20 multipliziert werden und dann zur nächst höheren Zahl aufrundet werden.

3.3.2.2 Strukturiertes Interview zur 1. Schwangerschaft und Geburt: „Angst in der Schwangerschaft und im Postpartum“

Dieser Fragebogen wurde von Dr. med. univ. et scient. Eva Schmidt erstellt, auf Basis des Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ), der 1989 von Van den Bergh ins Leben gerufen wurde und von Anja C. Huizink weiterentwickelt wurde.

Im Generellen werden mit diesem Fragebogen spezifische Ängste und Bedenken, bezogen auf eine Schwangerschaft und die Geburt, gemessen. Es wird versucht, herauszufinden, in welchem Maß Angst eine Rolle vor, während und nach einer Schwangerschaft und Geburt spielt. Des Weiteren wird auch erfragt, wie das Angstverhalten der Probandin unabhängig von einer Schwangerschaft ist.

Der größte Anteil der Fragen, bezieht sich auf schwangerschaftsspezifische Ängste und nur ein kleiner Teil richtet sich bewusst auf die Diagnose Angst (z.B. Hatten sie während der Schwangerschaft Angst zu sterben?).

Dieses Interview beinhaltet insgesamt 30 Fragen und gliedert sich im wesentlichen in vier Untergruppen:

1. Wann hatten sie zum ersten Mal massive Angstzustände
2. Allgemein Angst in der 1. Schwangerschaft und vor der 1. Geburt
3. Allgemein Angst vor dem zukünftigen Elternsein
4. Angst im Postpartum nach der 1. Geburt

Jede Frage hat fünf Antwortmöglichkeiten:

- 1 – gar nicht
- 2 – wenig
- 3 – erträglich
- 4 – öfters
- 5 – schlimm

Der erste Teil des Fragebogens besteht aus vier Fragen und bezieht sich auf Angstzustände im Generellen. Es wird erfragt, ob die Probandin bereits Panikattacken hatte und ob sich die Angst während oder nach der Geburt verstärkt hat.

Im zweiten Teil, der 14 Fragen beinhaltet, wird spezifisch auf die Angst in der Schwangerschaft und vor der Geburt eingegangen. Es wird der Schweregrad der Angst in der Schwangerschaft ermittelt, sowie die Angst vor und während der Geburt (z.B. Geburtsschmerzen, Trennung der Einheit). Des Weiteren wird die Angst ein behindertes Kind zu gebären, die Angst vor Unfruchtbarkeit und allgemeine Ängste erhoben.

Im dritten Teil wird anhand von vier Fragen die Angst vor dem zukünftigen Elternsein exploriert. Zum einen wird die Angst vor der Nähe zum Baby erfragt, zum anderen die Sorgen über sein eigenes Erscheinungsbild.

Der vierte Teil setzt sich aus acht Fragen zusammen, in denen die Angst in der Postpartum Phase erfragt wird (z.B. Schweregrad der Angst im ersten Jahr nach der Geburt oder Angstgefühl die Gesundheit des Kindes betreffend).

Für die Berechnung des Fragebogens haben wir eine multivariante Varianzanalyse herangezogen, die als abhängige Variable drei Faktoren verwendete: Ängste vor der Geburt, Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen und Sorgen über das eigene Erscheinungsbild. Diese Faktoren setzen sich zusammen aus verschiedenen Fragen aus dem von Dr. med. univ. et scient. Eva Schmidt erstellten, auf Basis des von Huizink et al verwendeten Fragebogens.

3.4 Studienteilnehmerinnen

3.4.1 Rekrutierung der Patientinnen

Es wurde Patientinnen für die Studien rekrutiert, die im Zeitraum bis 31.06.2009 im Universitäts- Klinikum Graz die Diagnose bipolare Störung erhalten haben (Suche über Medocs-System durch das Institut für Medizinische Informatik der Medizinischen Universität Graz (MUG): ICD 10: F30, F31, F34.0, F25; ICD 9: 295.7, 296.0, 296.2-296.6). Die Patientinnen wurden telefonisch kontaktiert und über den Ablauf der Studie aufgeklärt. Bei Einwilligung zur Teilnahme und Erfüllen der Einschlusskriterien wurde ein Termin in der Ambulanz der Univ.-Klinik für Psychiatrie vereinbart.

Des Weiteren wurden Patientinnen mit der Diagnose der bipolaren Störung in die Studie eingeschlossen, die in der Steiermark und im Burgenland bei niedergelassenen Fachärzten bzw. Wahlärzten für Psychiatrie, Psychosozialen Zentren und anderen öffentlichen

(Landesnervenklinik Sigmund Freud) in Behandlung stehen. Um den Datenschutz der Patientinnen zu wahren, wurden diese Ärzte bzw. Zentren informiert und gebeten ein Schreiben an alle Patientinnen mit der Diagnose der bipolaren Störung zu senden. In diesem Schreiben wurde die Studie kurz erklärt und die Patientinnen wurden gebeten, bei Interesse an der Teilnahme das Studienteam telefonisch zu kontaktieren, um einen Termin an unserer Klinik zu vereinbaren.

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

3.4.1.1 Einschlusskriterien

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

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

3.4.1.2 Ausschlusskriterien

1. Die Patientin ist mit der Teilnahme an der Studie nicht einverstanden. Die Gründe hierfür sollen erfragt werden, um eventuelle Bias mit erfassen zu können:
 - a. Ich fühle mich zu krank/ bin gerade in stationärer Behandlung, um an der Studie teilzunehmen
 - b. Ich habe keine Zeit/ wohne zu weit weg/ habe keine Fahrgelegenheit, um an der Studie teilzunehmen
 - c. Ich bin nicht bereit wegen meiner Erkrankung an einer Studie teilzunehmen bzw. andere ethische Bedenken bezüglich der Studie
 - d. Andere als oben genannte Gründe

e. Keine Angaben

2. Es kann kein Kontakt mit der Pat. hergestellt werden, da die vorliegenden Kontaktdaten nicht mehr aktuell sind/ es keine Kontaktdaten gibt.
3. Die Patientin ist mittlerweile verstorben.
4. Die Patientin ist so schwer krank, dass ein Interview nicht möglich ist.
5. Die Patientin erklärt sich mit der Teilnahme einverstanden, erscheint aber mehrmals nicht zum vereinbarten Termin.
6. Das Interview muss abgebrochen werden, da mit der Patientin kein geordnetes Gespräch geführt werden kann.
7. Eine aktuelle Schwangerschaft oder Geburt vor weniger als einem Jahr wird nicht in die Studie miteinbezogen.
8. Eine Verständigung mit der Patientin ist aufgrund nicht ausreichender Deutschkenntnisse nicht möglich.
9. Die Diagnose bipolare Störung kann im klinischen Interview nicht verifiziert werden.
10. Im klinischen Interview wird eine momentan manifeste schwere Depression, Manie, Psychose diagnostiziert .
11. Bei der Patientin besteht zum Zeitpunkt der Untersuchung akute Suizidalität.
12. Die Patientin leidet zum Zeitpunkt der geplanten Untersuchung an einer organisch bedingten psychischen Störung (z.B. Delir, Demenz, etc..).
13. Die Patientin leidet an einer so schwerwiegenden bipolar affektiven Erkrankung mit rezenter schweren Episoden, sodass von einem Interview wegen des Risikos eines Rückfalls Abstand genommen wird.

3.4.2 Rekrutierung der Kontrollgruppen

3.4.2.1 Kontrollgruppe 1

Zu dieser Kontrollgruppe zählen Frauen mit der Diagnose einer bipolaren Störung, die jedoch keine Kinder haben.

Einschlusskriterien:

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

3.4.2.2 Kontrollgruppe 2

Zu dieser Kontrollgruppe von Studienteilnehmerinnen zählen Frauen, ohne psychiatrische Erkrankung in der Anamnese, mit ähnlichem Alter, ähnlichem sozialen Status, gleichem Alter der Kinder.

Einschlusskriterien:

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

Rekrutierung:

1. Kinderklinik (Mütter von Kindern ohne chronische Erkrankung)

2. Gynäkologie Gebärambulanz
3. niedergelassene Gynäkologen und Kinderärzte
4. Frauenberatungs und -bildungsstellen
5. Andere gemachte Kontrollpersonen den Einschlusskriterien entsprechend

Die Kontrollpersonen ohne bipolare Störung wurden hauptsächlich aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis der Mitarbeiter der Studie rekrutiert.

3.5 Auswertung

Die erhobenen Daten der Studienteilnehmerinnen wurden in eine, speziell für diese Studie erstellte Datenbank eingetragen. Die statistische Auswertung der jeweiligen Bereiche erfolgte gemeinsam mit Mag. Werner Fitz, Klinik für Psychiatrie, LKH Graz, mit dem Statistikprogramm SPSS 18.

4 Ergebnisse

4.1 Studienkollektiv

Zum Zeitpunkt der Auswertung konnten insgesamt 138 Frauen für die Studie rekrutiert werden, 22 Frauen mit der Diagnose einer bipolaren Störung mit Kind, 13 Frauen mit bipolarer Störung ohne Kind und 103 gesunde Kontrollpersonen (siehe Tabelle 1).

Studienteilnehmerinnen		
	Häufigkeit	Prozentwert
Bipolar mit Kind	22	15,9
Bipolar ohne Kind	13	9,4
Gesunde Kontrollen	103	74,6
Total	138	100,0

Tabelle 1: Studienkollektiv

4.2 Soziodemographische Daten

Das Durchschnittsalter der 21 bipolaren Patientinnen mit Kind, lag bei 47,38 Jahren (N=21; SD 8,834), wobei die jüngste Patientin 30 und die älteste 66 Jahre alt war, bei einer Standardabweichung von 8,834. Bei der Gruppe der Frauen mit einer bipolaren Störung ohne Kind (N=12), lag das Durchschnittsalter bei 40,00 Jahren (SD 15,510). Das Durchschnittsalter der gesunden Kontrollgruppe (N=105) lag bei 46,83 Jahren (Range 24 bis 85 Jahre; SD 11,581). Tabelle 2 bietet einen Überblick.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bipolar mit Kind	21	30	66	47,38	8,834
Bipolar ohne Kind	12	20	70	40,00	15,510
Kontrollgruppe	105	24	85	46,83	11,581

Tabelle 2: Altersverteilung

4.3 Häufigkeiten Postpartum-Depression, Heultage, Schwangerschaftsdepression

Von den befragten bipolaren Patientinnen, gaben 10 Frauen (35,7%) an, nach der Geburt an einer Depression gelitten zu haben, 3 waren von Heultagen betroffen (11,1%) und weitere 3 Frauen hatten eine Schwangerschaftsdepression (10,7%). Bei der Kontrollgruppe litten jeweils 4 Frauen an einer Postpartum-Depression (3,1%) und an Heultagen (3,4%) und nur eine Frau war von einer Schwangerschaftsdepression betroffen (0,9%) (siehe Tabelle 3 und 4).

Bipolar mit Kind	Ja		Nein		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
PP-Depression	10	35,7	18	64,3	28	100
Heultage	3	11,1	24	88,9	27	100
SS-Depression	3	10,7	25	89,3	28	100

Tabelle 3: Häufigkeiten bipolare Patientinnen

Gesunde Kontrollen	Ja		Nein		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
PP-Depression	4	3,1	126	96,9	130	100
Heultage	4	3,4	113	96,6	117	100
SS-Depression	1	0,9	116	99,1	117	100

Tabelle 4: Häufigkeiten gesunde Kontrollen

Um herauszufinden, ob sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen, wurde ein Chi Quadrat Test (exakter Test nach Fischer) durchgeführt.

Anhand der Ergebnisse des Chi Quadrat Tests konnte gezeigt werden, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen, in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit an einer Postpartum Depression zu erkranken, gibt ($p = < 0,001$).

Auch bei der Häufigkeit des Auftretens einer Schwangerschaftsdepression konnte ein signifikanter Unterschied gezeigt werden ($p = 0,023$).

Einzig bei dem Krankheitsbild der Heultage, zeigte sich mit einem Wert von $p = 0,122$ keine eindeutige Signifikanz. Das bedeutet, dass bipolare Patientinnen tendenziell nicht häufiger von Heultagen betroffen sind, als gesunde Kontrollen.

Abbildung 7 bietet einen graphischen Überblick.

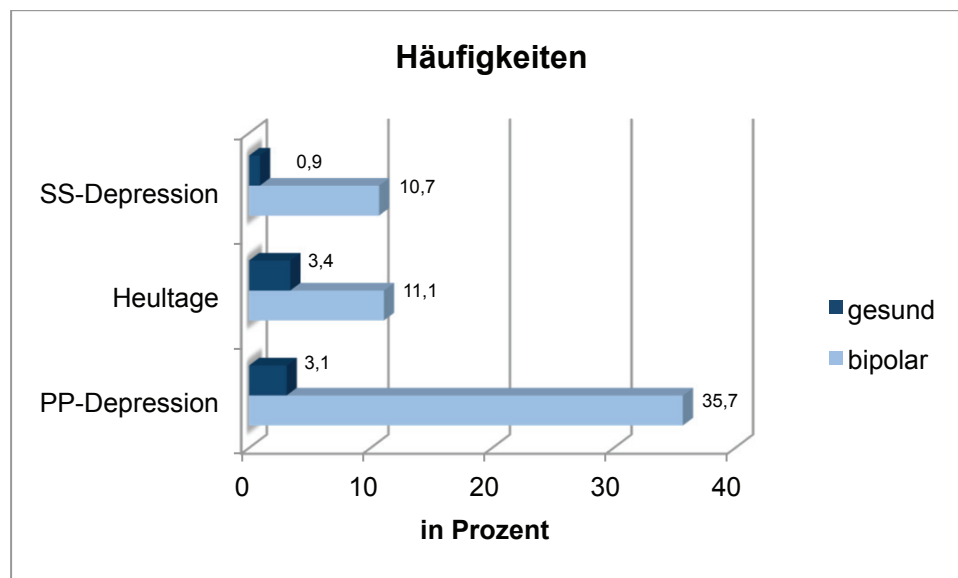


Abbildung 7: Häufigkeiten

4.4 Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Zur Bestimmung, ob sich die gegenübergestellten Studiengruppen (bipolare Patientinnen mit Kind und gesunde Frauen mit Kind) hinsichtlich Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen unterscheiden, wurde, wie unter Punkt 4.3, ein Chi Quadrat Test (exakter Test nach Fischer) herangezogen.

Schwangerschaftskomplikationen:

Abbildung 8 zeigt die Gegenüberstellung von bipolaren Patientinnen mit Kind und gesunden Kontrollen in Bezug auf Besonderheiten während der Schwangerschaft. Von 19 bipolaren Patientinnen gaben 8 Frauen (42,1%) Besonderheiten während der Schwangerschaft an, bei der gesunden Kontrollgruppe waren es 24 (23,3%) von 103 Frauen (siehe Tabelle 5).

Das Ergebnis zeigt mit einem Wert von $p=0,097$ zwar keine eindeutige Signifikanz, jedoch eine deutliche Tendenz bipolarer Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit, Komplikationen während der Schwangerschaft zu erfahren, als die gesunde Kontrollgruppe.

Schwangerschaftskomplikationen						
	Ja		Nein		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bipolar mit Kind	8	42,1	11	57,9	19	15,6
Gesunde Kontrolle	24	23,3	79	76,7	103	84,4
Gesamt	32	26,2	90	73,8	122	100

Tabelle 5: Schwangerschaftskomplikationen

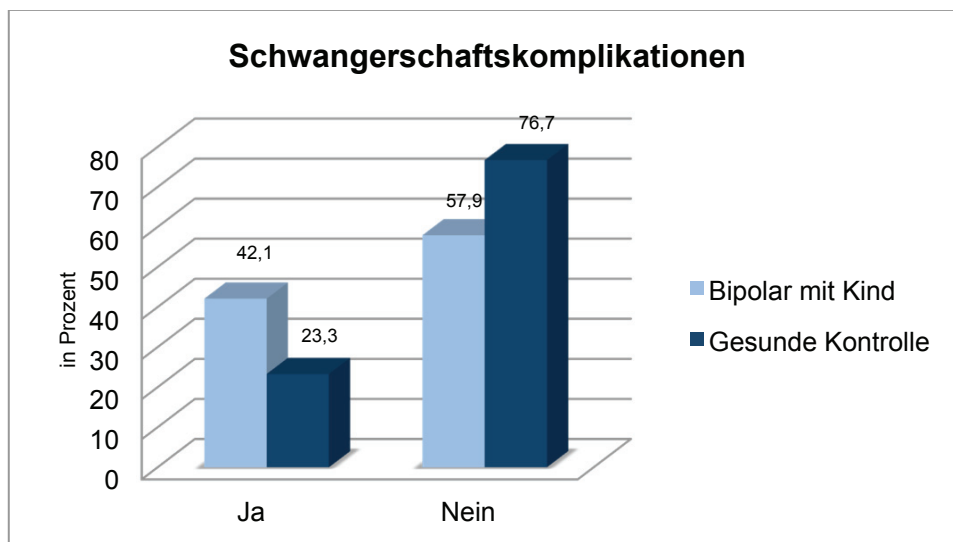


Abbildung 8: Schwangerschaftskomplikationen

Geburtskomplikationen:

Von 19 befragten bipolaren Patientinnen gaben 4 (21%) an Geburtskomplikationen gehabt zu haben, bei der gesunden Kontrollgruppe waren es 36 (34,9%) von insgesamt 103 (siehe Tabelle 6).

Bei der Auswertung zur Bestimmung der Komplikationen während der Geburt ergab die Berechnung keinen signifikanten Unterschied ($p=0,295$) zwischen den beiden Studiengruppen. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass sich hinsichtlich Geburtskomplikationen keine gruppenspezifischen Unterschiede zeigen. Abbildung 9 bietet eine graphische Darstellung über die Verteilung der beiden Gruppen.

Geburtskomplikationen						
	Ja		Nein		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Bipolar mit Kind	4	21,0	15	78,9	19	15,6
Gesunde Kontrolle	36	34,9	67	65,0	103	84,4
Gesamt	40	32,8	82	67,2	122	100

Tabelle 6: Geburtskomplikationen

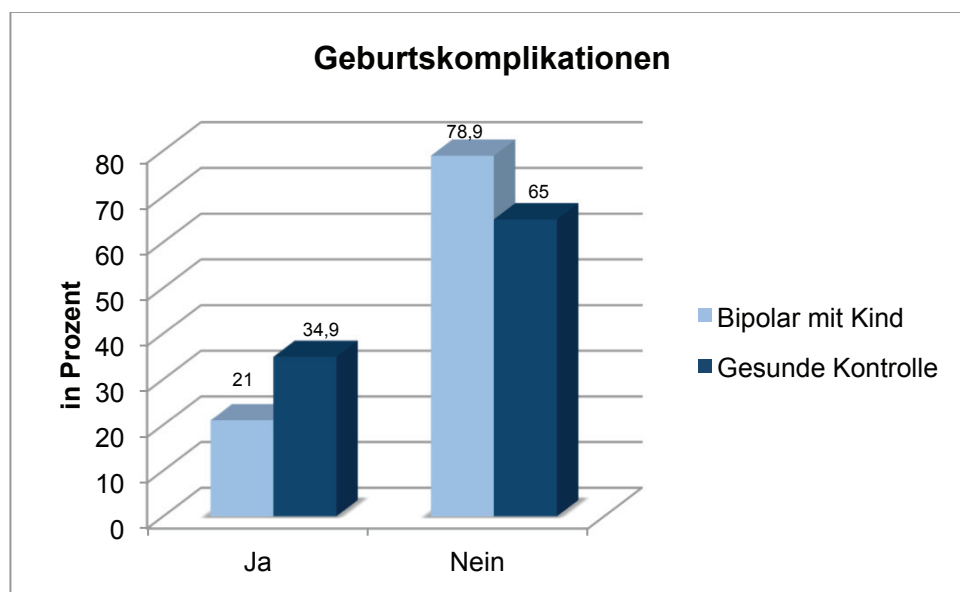


Abbildung 9: Geburtskomplikationen

4.5 Multivariate Varianzanalyse I

Hypothese I: Bipolare Patientinnen unterscheiden sich von gesunden Frauen hinsichtlich ihres Angstverhaltens.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine multivariate Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Mit dieser Berechnung wird der Zusammenhang zwischen den unabhängigen (bipolare vs. gesunde Frauen) und den vier abhängigen Variablen dargestellt.

Die abhängigen Variablen setzen sich zusammen aus:

- A. Ängste vor der Geburt (fear of giving birth)
- B. Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen (fear of bearing a physically or mentally handicapped child)
- C. Sorgen über das eigene Erscheinungsbild (concern about one's appearance)
- D. Überdauernde „Trait“ Angst (STAI)

Das Resultat der Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den gesunden und bipolaren Frauen ($F(4, 116) = 2695, p = 0,034$)

Des Weiteren wurden Tests der Zwischensubjekteffekte durchgeführt, um festzustellen, hinsichtlich welcher abhängigen Variablen sich bipolare Patientinnen von den gesunden Frauen unterscheiden:

Der Faktor „Ängste vor der Geburt“ („fear of giving birth“) zeigte keine Signifikanz ($p = 0,656$).

Der Faktor „Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen,“ („fear of bearing a physically or mentally handicapped child“) ergab ebenfalls kein signifikantes Ergebnis ($p = 0,793$).

Auch der dritte Faktor „Sorgen über das eigene Erscheinungsbild,“ („concern about one's appearance“) zeigte keinen signifikanten Wert ($p = 0,229$).

Einzig bei der 4. Variable Trait Angst (STAI) zeigt sich ein signifikantes Ergebnis ($p = 0,003$).

Zusammenfassend ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen bipolaren Patientinnen und den gesunden Frauen in Bezug auf überdauernde Ängste feststellen, wobei bipolare Frauen ein deutlich höheres Angstniveau aufwiesen.

Die drei Variablen, Ängste vor der Geburt, Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen und Sorgen über das eigene Erscheinungsbild stammen aus dem Fragebogen der sich mit schwangerschaftsspezifischen Ängsten auseinandersetzt. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 (gar nicht) bis 5 (schlimm).

Die Variable Trait Angst, errechnet sich aus den Summenwerten der 20 Feststellungen im STAI (State Trait Angstinventar). Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer vierstufigen Skala (1= fast nie, 4= fast immer) und die Spannweite der möglichen Werte reicht von minimal 20 bis maximal 80. Je höher der Endwert, desto höher die Angst.

Tabelle 7 präsentiert einen Überblick über die Verteilung der Mittelwerte und Abbildung 10 und 11 bieten eine graphische Darstellung.

Mittelwerte: Multivariate Varianzanalyse I				
		N	Mittelwert	Standardabweichung
bipolar	Ängste vor der Geburt	20	1,9167	1,02384
	Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen	20	1,7125	1,0769
	Sorgen über das eigene Erscheinungsbild	20	1,6917	0,95861
	Trait Angst (STAI)	19	43,6842	18,27583
gesund	Ängste vor der Geburt	102	1,8775	0,7308
	Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen	102	1,8088	0,85609
	Sorgen über das eigene Erscheinungsbild	102	1,5016	0,70379
	Trait Angst (STAI)	102	35,049	9,71818

Tabelle 7: Mittelwerte

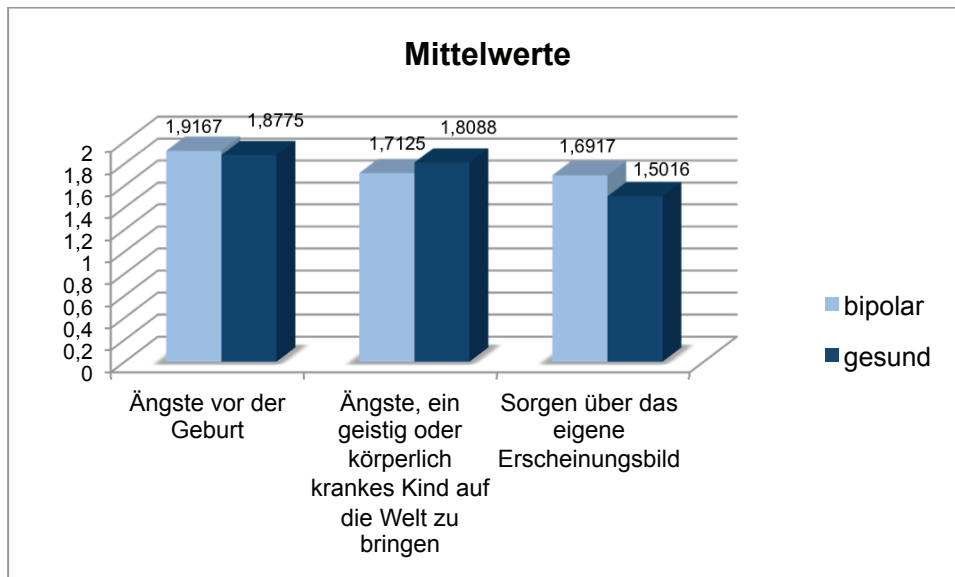


Abbildung 10: Mittelwerte

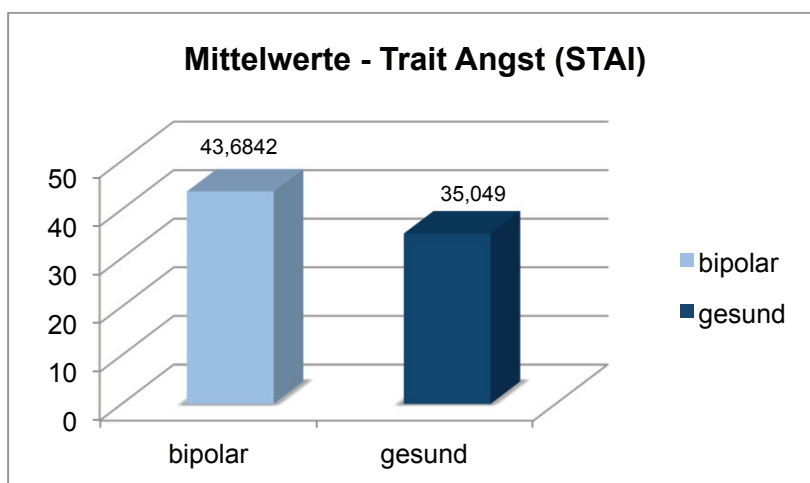


Abbildung 11: Mittelwerte - Trait Angst (STAI)

4.6 Multivariate Varianzanalyse II

Hypothese II: Bipolare vs. gesunde Frauen, mit oder ohne Geburts- oder Schwangerschaftskomplikationen unterscheiden sich in ihrem Angstverhalten.

Als Erweiterung zur ersten Varianzanalyse wurde eine mehrfaktorielle multivariate Varianzanalyse durchgeführt.

Ziel dieser Analyse war es, zu berechnen, ob der Unterschied zwischen bipolaren und gesunden Frauen in Bezug auf ihre Ängste, möglicherweise durch das unterschiedliche Vorkommen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen bedingt ist.

Bei dieser Analyse wurden folgende Variablen als unabhängige Faktoren verwendet:

- Bipolar versus Gesunde Kontrollen
- Komplikationen in der Schwangerschaft ja/nein
- Komplikationen während der Geburt ja/nein

Die abhängigen Variablen sind dieselben vier Faktoren wie bei der Varianzanalyse I:

- A. Ängste vor der Geburt (fear of giving birth)
- B. Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen (fear of bearing a physically or mentally handicapped child)
- C. Sorgen über das eigene Erscheinungsbild (concern about one's appearance)
- D. Überdauernde „Trait“ Angst (STAI)

Die mehrfaktorielle Varianzanalyse konnte einen signifikanten Gesamtunterschied zwischen den bipolaren Patientinnen und der gesunden Kontrollgruppe zeigen (**F (4, 108) = 2,477; p= 0,048**), allerdings nicht bei den anderen unabhängigen Variablen (Schwangerschaftskomplikationen: **F (4,108) = 1,418; p= 0,233**; Geburtskomplikationen: **F (4, 108) = 1,388; p= 0,243**).

Auch hier wurden die Tests der Zwischensubjekteffekte durchgeführt, um zu berechnen, hinsichtlich welcher Variablen sich bipolare und gesunde Frauen voneinander unterscheiden. Die Faktoren Ängste vor der Geburt (**p= 0,343**), Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen (**p= 0,247**) und Sorgen über das eigene

Erscheinungsbild ($p= 0,307$) zeigten kein signifikantes Ergebnis. Wieder zeigte sich nur bei der Variable Überdauernde „Trait“ Angst eine deutliche Signifikanz ($p= 0,002$).

Daraus ergibt sich, wie auch bei der Varianzanalyse I, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Angst als Eigenschaft signifikant unterscheiden. Die Ergebnisse lassen zudem vermuten, dass Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen keinen Einfluss auf das Angstverhalten haben.

5 Diskussion

5.1 Limitationen der Studie

Dies ist eine erste Auswertung bisher vorliegender Studienergebnisse. Die Berechnungen, die bis dato durchgeführt wurden, sind in ihrer Aussagekraft noch limitiert, da die Anzahl der Studienteilnehmerinnen noch zu gering ist, um generalisierte Aussagen treffen zu können. So konnten auf Grund der zu geringen Anzahl an Probandinnen auch bestimmte, weiterführende Berechnungen nicht durchgeführt werden.

Eine weitere Limitation stellte dar, dass die Fragebögen retrospektiv ausgefüllt wurden, daher nicht so aussagekräftig wie prospektiv durchgeführte Studien sind. Die meisten der zu beantwortenden Fragen bezogen sich auf die Vergangenheit der Probandinnen. Da sich ein Großteil der Fragen auf den Zeitraum der ersten Schwangerschaft bezog, ist möglicherweise eine gewisse Erinnerungsverzerrung in Betracht zu ziehen. Nichtsdestotrotz konnten sich die meisten Frauen noch gut an den Verlauf ihrer Schwangerschaften und Geburten erinnern.

5.2 Psychische Störungen in der Schwangerschaft und Postpartum-Phase

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Frauen, die an einer bipolaren Störung leiden, häufiger an Postpartum- und Schwangerschaftsdepressionen leiden, als Frauen ohne psychiatrische Vorerkrankung; in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens der Heultage ergaben sich keine Unterschiede. Unsere Ergebnisse decken sich auch mit denen aus der Literatur, insbesondere das Auftreten von depressiven Episoden in der Postpartum-Phase ist besser untersucht und mehrere Studien präsentierten ähnliche Erkenntnisse.

In unserer Studie litten 10,7% der bipolaren Frauen an einer Schwangerschaftsdepression, während nur 0,9% der gesunden Frauen eine solche durchlebt hatten. Auch bei der Postpartum-Depression sind die Unterschiede beeindruckend: bei 35,7% bipolaren Patientinnen vs. 3,1% gesunden Frauen war diese aufgetreten. In der Literatur werden die Prävalenzraten der Schwangerschaftsdepression bei bipolaren Frauen mit bis zu 41% (Viguera et al, 2007) angegeben, gesunde Frauen sind zu 9,8% bis 20,4% (Marcus et al, 2003; Altshuler et al, 2000; Tam et Chung, 2007) davon betroffen. Bei der Postpartum-

Depression liegen die Raten insgesamt deutlich höher. Bei bipolaren Frauen liegt das Risiko eine Postpartum Depression oder Manie zu entwickeln bei 40-67%, überwiegend treten jedoch depressive Episoden auf (Freeman et al, 2002; Marangell LB, 2008; Viguera et al, 2002). Bei gesunden Frauen kommt es in nur 10% bis 16% zum Auftreten einer Postpartum-Depression (Altshuler et al, 2000; Rothschild et al, 2006; Tam et Chung, 2007).

Das Krankheitsbild der bipolaren Störung wird häufig auch mit dem Auftreten von Postpartum Psychosen assoziiert. Bipolare Patientinnen haben ein 100fach erhöhtes Risiko eine Psychose zu erleiden, im Vergleich zu Frauen ohne vorbestehende Erkrankung (0,1% - 02%) (Spinelli, 2009; Chaudron et Pies, 2003). In der Literatur spricht man von Prävalenzwerten zwischen 25- 50% bei bipolaren Patientinnen (Tam et Chung, 2007; Chaudron et Pies, 2003; Hunt et Silverstone, 1995; Jones et Craddock, 2005).

Ergänzend muss erwähnt werden, dass in der Literatur in vielen Fällen beschrieben wird, dass eine Schwangerschafts- oder Postpartum-Depression häufig die erste Phase im Verlauf einer bipolaren Erkrankung darstellt, auch dies wurde bei den von uns untersuchten Frauen deutlich.

5.3 Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Nicht bestätigt hat sich in unserer Studie die Hypothese, dass bipolare Patientinnen ein höheres Risiko haben, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen zu erleiden im Vergleich zu psychisch gesunden Frauen. Die Ergebnisse zeigten zwar keine eindeutige Signifikanz, jedoch eine deutliche Tendenz, dass bipolare Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Komplikationen während der Schwangerschaft haben als gesunde Frauen. Bei Geburtskomplikationen zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Studiengruppen. Der Trend in Richtung erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen wird sich möglicherweise im Laufe von weiteren Patientinnenbefragungen noch erhärten lassen.

In unserer Studie lag die Rate der Schwangerschaftskomplikationen bei bipolaren Frauen bei 42,1%, gesunde Frauen schienen nur in 23,3% betroffen zu sein. Das Auftreten von Geburtskomplikationen bei bipolaren Frauen lag in unserer Untersuchung bei 21%, bei der gesunden Kontrollgruppe waren es 34,9%. Insgesamt gibt es in den Studien allgemein hierzu divergierende Ergebnisse.

Eine im Jahr 2009 durchgeführte Studie von Lee et Lin konnte bestätigen, dass Frauen mit

bipolarer Störung ein erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen unerwünschten Schwangerschaftsverlauf haben. Die Ergebnisse zeigten, dass bipolare Patientinnen ein höheres Risiko haben, Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht (9,8% vs. 5,7%), Frühgeburten (14,2% vs. 6,9%) und kleine oder wachstumsretardierte Babys (22,3% vs. 15,7%) auf die Welt zu bringen als Frauen ohne psychiatrische Vorerkrankung (Lee et Lin, 2009).

Bei einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass Frauen mit bipolarer Störung ein höheres Risiko für das Auftreten von neonatalen Komplikationen, wie Plazentaanomalien, Nachblutungen und fetalen Stresssyndromen haben im Vergleich zu gesunden Frauen (Jablensky et al, 2005).

5.4 Schwangerschaftsspezifische Ängste

Die Ergebnisse der durchgeführten multivariaten Varianzanalyse unterstützen die Hypothese, dass sich bipolare Patientinnen von gesunden Frauen hinsichtlich ihres Angstverhaltens unterscheiden. Die Tests der Zwischensubjekteffekte, die zur Auswertung der einzelnen Variablen herangezogen wurden, zeigten bis auf einen Faktor kein beständiges Ergebnis. Die drei Variablen („Ängste vor der Geburt“, „Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen“ und „Sorgen über das eigene Erscheinungsbild“) aus dem Fragebogen der schwangerschaftsspezifischen Ängste zeigten kein signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet grundsätzlich, dass sich Frauen mit bipolarer Störung im Bezug auf schwangerschaftsspezifische Ängste nicht von gesunden Frauen unterscheiden, allerdings gab es signifikante Unterschiede in Bezug auf das Vorhandensein von überdauernden Ängsten im allgemeinen zwischen bipolaren Patientinnen und gesunden Frauen.

Die explorierte „Trait Angst“ bezieht sich auf Angst als Eigenschaft und soll Auskunft darüber geben, wie sich die Patientin im Allgemeinen fühlt. Unsere Ergebnisse konnten zeigen, dass Patientinnen mit bipolarer Störung ein deutlich erhöhtes Angstpotential im Vergleich zu gesunden Frauen aufweisen.

Dieses Ergebnis korreliert mit der Tatsache, dass Angststörungen die häufigste psychiatrische Komorbidität bei bipolaren Patientinnen darstellen und bis zu 75% aller bipolaren Patientinnen unter einer Angststörung leiden (McIntyre et al, 2006; El-Mallakh et Hollifield, 2008).

Schwangerschaftsspezifische Ängste sind bis dato wenig erforscht, jedoch konnten Studien zeigen, dass sich diese spezifischen Ängste deutlich von allgemeinen Ängsten abgrenzen und einen deutlichen Einfluss auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, sowie auch auf die spätere Entwicklung des Kindes haben können.

Huizink et al. beschäftigte sich intensiv mit schwangerschaftsspezifischen Ängsten und führte eine prospektive Studie durch, bei der durch eine Faktorenanalyse drei Aspekte der einflussnehmenden, schwangerschaftsspezifischen Ängste ausgearbeitet werden konnten: Ängste vor der Geburt, Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen und Sorgen über das eigene Erscheinungsbild (Huizink et al, 2004). In den von uns durchgeführten Berechnungen verwendeten wir ebenso diese drei Faktoren.

Dass unsere Berechnungen bezüglich schwangerschaftsspezifischen Ängsten kein signifikantes Ergebnis erzielten, kann zum einen an der geringen Probandinnenzahl liegen und zum anderen daran, dass unsere Studie retrospektiv durchgeführt wurde, möglicherweise lassen sich aber auch wirklich keine Unterschiede zwischen bipolaren und gesunden Frauen feststellen.

Des Weiteren wurde eine mehrfaktorielle multivariate Varianzanalyse, zur Überprüfung der Hypothese „Bipolare vs. gesunde Frauen, mit oder ohne Geburts- oder Schwangerschaftskomplikationen unterscheiden sich in ihrem Angstverhalten“ durchgeführt. Das Gesamtergebnis dieser Analyse zeigte ein signifikantes Ergebnis ($p=0,048$). Bei den zwei weiteren unabhängigen Variablen (Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen) zeigte sich keine Signifikanz. Dies verdeutlicht wiederum den Unterschied zwischen bipolaren und gesunden Frauen in Bezug auf ihre Ängste, jedoch zeigte sich kein Einfluss auf das Angstverhalten durch das Vorkommen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.

Die Auswertung der abhängigen Variablen zeigte, wie auch bei der Varianzanalyse I, nur bei dem Faktor überdauernde Angst („Trait-Angst“) ein signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass sich bipolare Patientinnen hinsichtlich der Angst als Eigenschaft deutlich von gesunden Frauen unterscheiden. Die Variablen aus dem schwangerschaftsspezifischen Fragebogen (Ängste vor der Geburt, Ängste, ein geistig oder körperlich krankes Kind auf die Welt zu bringen und Sorgen über das eigene Erscheinungsbild) zeigten keine Signifikanz.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich mit dieser Studie einige sehr wichtige und aussagekräftige Resultate eruieren ließen. Zum einen konnte bestätigt werden, dass Frauen mit einer bipolaren Störung häufiger von Schwangerschafts- und Postpartum-Depressionen betroffen sind als gesunde Frauen. Des Weiteren zeigte sich anhand dieser Studie, dass sich bipolare Patientinnen sehr deutlich in ihrem Angstverhalten von gesunden Frauen unterscheiden. Die Berechnungen zu den schwangerschaftsspezifischen Ängsten konnten zwar kein signifikantes Ergebnis erzielen, jedoch zeigte sich bei der explorierten Angst als Eigenschaft („Trait Angst“) ein signifikanter Unterschied zwischen bipolaren und gesunden Frauen.

Die Studie verdeutlicht, wie hoch der Forschungsbedarf zu dieser Thematik noch ist, vor allem in Hinsicht auf schwangerschaftsspezifische Ängste und ihre Auswirkungen.

Diese gewonnenen Erkenntnisse bestätigen die Tatsache, dass Frauen mit bipolarer Störung, insbesondere in der vulnerablen Phase der Schwangerschaft und Postpartum-Periode, eine gezielte Unterstützung, sowie individuell angepasste Therapie benötigen. Ängste in der Schwangerschaft sind ein ernst zunehmendes Thema und dürfen nicht fehlinterpretiert werden, insbesondere da die Folgen für das ungeborene Kind, sowie für die werdende Mutter noch nicht ausreichend geklärt sind.

6 Literaturverzeichnis

Arolt V, Baciú D, Greil W, Grunze H & Müller T, 2009, State of the Art in der Behandlung der bipolaren Depression unter Berücksichtigung des atypischen Antipsychotikums Quetiapin, *Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, Nr 3.

Arolt V, Dilling H & Reimer C, 2004, *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*, Springer-Verlag GmbH; 5. Auflage.

Altshuler LL, Hendrick V & Cohen LS, 1998, Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period, *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 2:29-33.

Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M & Bixo M, 2006, Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 85(8): 937-44.

Bandelow B, Sojka F, Broocks A, Hajak G, Bleich S & Rüter E, 2006, Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *Eur Psychiatry*, 21(7): 495-500.

Blackmore ER, Jones I, Doshi M, Haque S, Holder R, Brockington I & Craddock N, 2006, Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*, 188:32-6.

Breitkopf CR, Primeau LA, Levine RE, Olsen GL, Berenson AB & Helen Z, 2006, Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *J psychosomatic Obstet Gynecol*, 27(3): 157-62.

Brockington I, 2004, Postpartum psychiatric disorders, *The Lancet*, Vol 363.

Cohen LS, Sichel DA, Dimmoch JA & Rosenbaum JF, 1994, Impact of pregnancy on panic disorder: a case series, *J Clin Psychiatry*, 55(7): 284-8.

Correia LL & Linhares MBM, 2007, Maternal Anxiety in the pre-and postnatal period: a literature review, *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(4): 667-83.

Coryell W, Solomon DA, Fiedorowicz JG, Endicott J, Schettler PJ & Judd LL, 2009, Anxiety and Outcome in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 166:1238–1243.

Chaudron L & Pies R, 2003, The Relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review, *J Clin Psychiatry* 64:11.

El-Mallakh RS & Hollifield M, 2008, Comorbid Anxiety in Bipolar Disorder Alters Treatment and Prognosis, *Psychiatr Q*, 79(2): 139-50.

Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S & Golding J, 2001, Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth, *BMJ*, Volume 323.

Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R & Keck PE Jr, 2002, The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women, *J Clin Psychiatry*, 63(4): 284-7.

Gastpar MT, Kasper S & Linden M, 2003, *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2. vollständige neu bearbeitete Auflage Wien: Springer Verlag.

Grunze H & Severus E, 2005, Die Kunst der korrekten Diagnose, *DNP Der Neurologe & Psychiater*, Sonderheft.

Guler O, Koken GN, Emul M, Ozbulut O, Gecici O, Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S & Askin R, 2008, Course of panic disorder during the early postpartum period: a prospective analysis, *Compr Psychiatry*, 49.

Hoffmann SO, Hochapfel G & Eckhardt-Henn A, 2004, *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin*, Schattauer, 7. Auflage.

Huizink AC, Mulder EJH, Robles de Medina PG, Visser GHA, & Buitelaar JK, 2004, Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev*, 79, 81-91.

Hunt N & Silverstone T, 1995, Does puerperal illness distinguish a subgroup of bipolar patients? *J Affect Disord*, 17; 34 (2): 101-7.

Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C & Yellachich LA, 2005, Pregnancy, Delivery and Neonatal Complications in a Population Cohort of Women with Schizophrenia and Major Affective Disorder. *Am J Psychiatry*, 162:1.

Jones I & Craddock N, 2005, Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk, *Br J Psychiatry*, 186:453-4

Kapfhammer HP & Klier CM, 2009, Bipolare Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett: Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *J Neurol Neurochir Psychiatr*, 10 (1): 32-6.

Kendell RE, Chalmers JC & Platz C, 1987, Epidemiology of puerperal psychoses, *The British Journal of Psychiatry*, 150: 662-673.

Lambert M. et al., 2009. *Psychose*. [Online] Available at: www.psychose.de.

Lee HC & Linn CL, 2009, Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: A nationwide population-based study. *J Affect Disord*, 121 (1-2): 100-5.

Lenz G & Küfferle B, 2008, *Klinische Psychiatrie*, UTB, Stuttgart; Auflage: 3. überarb. Auflage.

Levine R, Oandasan A, Primeau L & Berenson A, 2003, Anxiety Disorders during pregnancy and postpartum. *American Journal of Perinatology*, Vol 20, Nr.5.

Littleton HL, Breitkopf CR & Berenson AB, 2007, Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 196(5):424-32.

Lonstein JS, 2007, Regulation of anxiety during the postpartum period, *Front Neuroendocrinol*, 28(2-3):115-41.

Marcus S, Flynn H, Blow F & Barry K, 2003, Depressive Symptoms among pregnant women screened in Obstetrics Settings. *Journal of Women's Health*, Vol.12, Nr.4.

Marcus S & Arbor A, 2009, Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *Can J Pharmacol*, Vol 16.

McIntyre RS, Soczynska JK, Bottas A, Bordbar K, Konarski JZ & Kennedy SH, 2006, Anxiety disorder and bipolar disorder: a review, *Bipolar Disord*, 8: 665-676.

Mikoteit T & Hatzinger M, 2006, Angststörungen: Diagnostik, ätiopathogenetische Modelle und Therapieansätze, *Psychiatrie* 3.

Möller HJ, Laux G & Deister A, 2005, *Duale Reihe, Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 3. Auflage.

Möller HJ, Laux G & Kapfhammer HP, 2008, *Psychiatrie und Psychotherapie*, Springer Verlag, Berlin, 3. Auflage.

Ross LE & McLean LM, 2006, Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: a systemativ Review. *J Clin Psychiatry*, 67:8: 1285-98.

Rothenhäusler HB & Täschner KL, 2007, *Kompendium Praktische Psychiatrie*, Wien-New York, Springer- Verlag.

Rothschild AJ, Sit D & Wisner KL, 2006, A review of Postpartum Psychosis, *J Womens Health*, 15(4): 352-368.

Sharma V, 2009, Managment of Bipolar Disorder II during Pregnancy and the Postpartum Period. *Can J Clin Pharmacol*, Vol 16 (1).

Sharma V & Penava D, 2010, Screening for Bipolar Disorder during Pregnancy and the Postpartum Period. *J Obstet Gynaecol Can*, 32(3):278-81.

Shear K & Mammen O, 1995, Anxiety Disorder in Pregnant and Postpartum Women. *Psychopharmacology Bulletin*, 31(4): 693-703.

Spinelli MG, 2009, Postpartum Psychosis: detection of risk and management, *Am J Psychiatry*, 166(4): 405-8.

Stauber M & Weyerstahl T, 2007, *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Thieme Verlag, 3. Auflage.

Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW & Gorman L, 1998, Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample, *J Nerv Ment Dis*, 186:420-4.

Tam WH & Chung T, 2007, Psychosomatic disorders in pregnancy, *Curr Opin Obstet Gynecol* 19:126-132.

Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ & Nonacs R, 2002, Managing Bipolar Disorder During Pregnancy: Weighing the Risks and Benefits, *Can J Psychiatry*, Vol 47, No 5.

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(12):1817-24.

Vythilingum B, 2008, Anxiety disorders in Pregnancy. *Curr Psychiatry Rep*, 10(4):331-5.

7 Anhang

STAI

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

**Strukturiertes Interview zur 1. Schwangerschaft und Geburt
„Angst in der Schwangerschaft und im Postpartum“**

(I.) Wann hatten Sie zum ersten Mal massive Angstzustände
(ungefähres Datum (Jahr))

- 1.) Litten Sie unter starken Angstzuständen irgendwann vor der 1. Schwangerschaft?**
 1(nie) 2(wenig) 3(manchmal) 4(öfters) 5(sehr oft)

Wenn JA wann?

- 2.) Litten Sie unter Panikattacken irgendwann vor der 1. Schwangerschaft? (nicht vorherschaubare wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken. Typische Symptome: plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle, Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden)?***

1(nie) 2(wenig) 3(manchmal) 4(öfters) 5(sehr oft)

Wenn JA wann?

- 3.) Haben Sie den Eindruck, dass sich ihre Angst in der 1. Schwangerschaft verstärkt hat?**

Ja Nein Entfällt

- 4.) Haben Sie den Eindruck, dass sich ihre Angst nach der 1. Geburt verstärkt hat?**

Ja Nein Entfällt

(II.) Allgemein Angst in der 1. SS und vor der 1. Geburt

- 9. Wie schwer war ihre Angst in der Schwangerschaft?**

1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 9. Wie stark war ihre Angst vor den Wehenschmerzen und den Geburtsschmerzen?**

1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 9. Wie stark war ihre Angst vor der Geburt, da sie so etwas noch nie erlebt haben?**

1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 9. Wie stark war ihre Angst während der Geburt die Kontrolle zu verlieren/ zu schreien?**

1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 9. Wie stark war ihre Angst vor der Trennung der Einheit durch die Geburt?**

1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Wie stark war ihre Angst das Baby könnte geistig behindert sein oder eine Hirnschädigung haben?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Wie stark war ihre Angst vor einer Totgeburt oder Tod des Babys kurz nach der Geburt

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Wie stark war ihre Angst vor einer körperlichen Behinderung des Babys?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Wie stark war ihre Angst das Kind könnte krank oder in schlechter körperlicher Verfassung sein

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Wie stark war ihre Angst vor Unfruchtbarkeit?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Hatten Sie in der Schwangerschaft Angst zu sterben

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Hatten Sie in der Schwangerschaft Angst vor größeren Menschenansammlungen und versuchten diese zu meiden? (Supermarkt, Autobus, Theater, etc...)

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Litten Sie in der Schwangerschaft unter ständiger Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühlen und massiven Ängsten dass Ihnen oder ihren Angehörigen etwas zustoßen könnte?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

9. Litten Sie in der Schwangerschaft unter Panikattacken?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

(III.) Allgemein Angst vor dem zukünftigen Elternsein

1.) Hatten Sie Angst vor der Nähe zu Ihrem Baby?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

2.) Hatten Sie Angst seine Figur nach der Geburt nicht wiederzuerlangen?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

3.) Machten Sie sich Sorgen über das eigene Aussehen?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

4.) Machten Sie sich Sorgen über eine mögliche Gewichtszunahme?

- 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

(IV.) Angst im Postpartum nach der 1. Geburt

- 1.) **Wie schwer war Ihre Angst im ersten Jahr nach der Geburt?**
 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(öfters) 5(schlimm)

- 2.) **Hatten Sie in der Zeit nach der Geburt Angst vor dem Neugeborenen**
 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 3.) **Verspürten Sie in der Zeit nach der Geburt ein extremes Angstgefühl betreffend die Gesundheit und Sicherheit des Kindes?**
 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 4.) **Lagen Sie in der Nacht oft stundenlang wach und versuchten auf den Atem ihres Babys zu hören?**
 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 5.) **Hatten Sie im 1. Jahr nach der Geburt Angst zu sterben?**
 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 6.) **Hatten Sie im ersten Jahr nach der Geburt Angst vor größeren Menschenansammlungen und versuchten diese zu meiden? (Supermarkt, Autobus, Theater, etc...)**
 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 7.) **Litten Sie im ersten Jahr nach der Geburt unter ständiger Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühlen und massiven Ängsten dass Ihnen oder ihren Angehörigen etwas zustossen könnte?**
 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

- 8.) **Litten Sie im ersten Jahr nach der Geburt unter Panikattacken (nicht vorhersehbare wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken. Typische Symptome: plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle, Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden)**
 1(gar nicht) 2(wenig) 3(erträglich) 4(stark) 5(sehr schlimm)

Fragebogen zur Erfassung prä-, peri- und postnataler Risikofaktoren

(PPPR) I. ausgetragene Schwangerschaft

ID-Nr. _____

bezieht sich auf 1. Schwangerschaft

- I. Gab es irgendwelche Besonderheiten während der Schwangerschaft?
 ja nein, Schwangerschaft verlief vollkommen normal
 keine Angaben zum Schwangerschaftsverlauf vorhanden;
warum?

II. Litten Sie unter den angeführten Problemen in der Schwangerschaft?
(Bitte jeden Punkt beantworten!)

	ja	nein ; nicht bekannt
1. Blutungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. schweres anhaltendes Erbrechen mit Gewichtsverlust u. Spitalaufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schwangerschaftsgestose (erhöhter Blutdruck, Ödeme Eiweißausscheidung) mit Spitalaufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Unfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Infektionskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Röntgenuntersuchungen oder Bestrahlungen im I. Schwangerschaftsdrittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Rauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Drogenmissbrauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Operation mit Narkose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. versuchte Schwangerschaftsunterbrechung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. schwere seelische Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. schwere körperliche Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Abortgefahr mit Spitalaufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. frühere(r) Abort(e); Fehl-/Totgeburt(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Schwangerschaftsdiabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. andere Auffälligkeiten (bitte angeben, welche):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III. Geburtsgewicht:

- normal über 4500 g unter 2000 g

IV. Geburtstermin:

- normal (38.-41. Wo) übertragen (≥ 42 Wo)
 frühzeitig (≤ 37 Wo) keine Angaben

V. Gab es irgendwelche Besonderheiten während der Geburt?

- ja nein, keinerlei Komplikationen
 keine Angaben zum Geburtsverlauf vorhanden

VI. Welche Besonderheiten?

(Bitte jeden Punkt beantworten!)

	ja:	nein; nicht bekannt:
1. Hausgeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Transport in Kinderklinik (Neonat.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Intensivmaßnahmen sofort nach der Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. protrahierte Geburt (Wehenschwäche)/zu rasch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Lageabweichung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nabelschnurumschlingungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Zange oder Vakuum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Notsectio (Notfalls Kaiserschnitt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. gelante Sectio (geplanter Kaiserschnitt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. vorzeitiger Blasensprung (> 12 Std.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mehrlinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. andere Störung während Geburtsvorgang welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VII. Gab es irgendwelche Komplikationen während der Neugeborenenperiode?

- ja nein, keinerlei Komplikationen
 keine Angaben zur Neugeborenenperiode vorhanden;

VIII. Welche Besonderheiten?

(Bitte jeden Punkt beantworten!)

	ja	nein; nicht bekannt:
1. Ikterus(Gelbsucht) mit Fototherapie/Blutaustausch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Krämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Trinkschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Brukasten oder Intensivmaßnahmen (Intubation, Beatmung, Schockbehandlung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Geburtstraumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. lebensgefährdende Erkrankungen (Sepsis, Operation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. andere Störungen während der Neugeborenenperiode welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>