

Randi Marit Scheidt
Dr. med.

Persönlichkeit, Stress- und Krankheitsverarbeitung bipolar Manisch-Depressiver im Verlauf

Geboren am 27.09.1968 in Mainz
Reifeprüfung am 20.06.1988 in Mainz
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1989/90 bis SS 1996
Physikum am 21.08.1991 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Pforzheim
Staatsexamen am 7.05.1996 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Psychiatrie
Doktorvater: Prof. Dr. Hans-Ludwig Kröber

In dieser Studie wird die Persönlichkeit, Stress- und Krankheitsverarbeitung von 53 bipolar Manisch-Depressiven im Verlauf untersucht. Die erzielten Ergebnisse werden, wenn möglich, einer Vergleichsstichprobe gegenübergestellt. Dann werden folgende Untergruppen miteinander verglichen :

- Schizoaffektive (Bipolare mit stimmungskongruenten oder stimmungsinkongruenten psychotischen Merkmalen) vs. Zyklotyme (Bipolare ohne psychotische Merkmale)
- Rückfällige vs. Nicht Rückfällige
- Patienten mit kürzerem vs. Patienten mit längerem Krankheitsverlauf.

Darauhin erfolgt ein Vergleich der Werte der Erstuntersuchung mit der Zweituntersuchung. Außerdem werden die Korrelationen zu wichtigen Verlaufsparemtern und zu psychopathologischen Skalen berechnet.

Bipolar Manisch-Depressive unterscheiden sich in den hier angewandten Verfahren zur Messung der Persönlichkeit (FSKN, FPI-R und IPC) vor allem von der Normpopulation. Die Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen sind gering und erreichen häufig keine statistische Signifikanz. Im Vergleich zu der Normpopulation schätzen die Patienten ihre Lebentüchtigkeit geringer ein, was angesichts der Korrelationen zu den Verlaufsparemtern als Residualsymptom erscheint. Außerdem beschreiben sie sich als neurotischer und leichter durch andere irritierbar, Eigenschaften, die von uns als stimmungsabhängig und unspezifisch zur Differenzierung psychiatrischer Erkrankungen angesehen werden. Die Patienten schildern sowohl eine erniedrigte Leistungsfähigkeit als auch eine erniedrigte Leistungsorientierung.

Die Patienten stellen sich besonders solidarisch mit anderen dar. Die soziale Orientierung, auf die auch in der Literatur häufiger hingewiesen wird, ist von Verlaufsparemtern und psychopathologischen Instrumenten unabhängig und erscheint als ein überdauernder Persönlichkeitszug Bipolarer. Die bipolar Schizoaffektiven unterscheiden sich von den Zyklotymer in einer signifikant niedrigeren Extraversion. Die Schizoaffektiven sind im Vergleich zu der Normpopulation wenig extrovertiert. Die erniedrigte Extraversion steht im Zusammenhang zu einer erhöhten Subdepressivität, aber nicht zu den Verlaufsparemtern.

Rückfällige antworten weniger im Sinne sozialer Erwünschtheit, vermutlich deswegen, weil ihnen die sozialen Erwartungen gleichgültiger sind. Manisch-Depressive sind, entgegen gängigen Hypothesen, weder besonders extrovertiert, noch besonders oberflächlich, noch besonders aggressiv. Eine hohe Anzahl von Phasen geht mit Problemen im

zwischenmenschlichen Bereich einher. Die Patienten mit vielen Phasen äußern ein erniedrigtes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, obwohl sie sich weiterhin solidarisch mit anderen zeigen. Sie empfinden eine Abhängigkeit von wichtigen anderen Menschen ihres Lebensweges und haben wohl im Rahmen der zahlreichen Rückfälle auch die negative Seite von sozialer Unterstützung kennengelernt, abgesehen davon, daß sie nicht so gut in ein soziales Netz integriert sein mögen, wie Patienten mit wenigen Phasen. Die Streßverarbeitung ist nur gegenüber der Vergleichsstichprobe auffällig. Zwischen den einzelnen Gruppen ließen sich keine signifikanten Unterschiede ausmachen. Die Patienten zeigen in der Streßverarbeitung Versuche, die Streßsituation zu umgehen. Aktive Kontrollversuche waren vermindert. In der Fremdbeurteilung der Krankheitsverarbeitung fällt auf, daß Rückfällige eher als nicht Rückfällige die Krankheit depressiv verarbeiten. Die depressive Krankheitsverarbeitung steht in einem engen Zusammenhang zu der Depressivität der state-Variablen, was die Unterscheidung zwischen krankheitsbedingten Symptomen und Coping erschwert. Passive Verarbeitungsmodi werden in der Literatur als ungünstig eingeschätzt. Der Copingmechanismus „Ablenkung und Selbstaufbau“ erscheint für Bipolar Manisch-Depressive als günstig, Bagatellisieren der Erkrankung als ungünstig. Der Verarbeitungsmodus „Religiosität und Sinnsuche“ wird als Residualsymptom eines langen Krankheitsverlaufes interpretiert. Die Fremd- und Selbstbeurteilung von Krankheitsverarbeitung korreliert nur im Ausnahmefall signifikant miteinander. Dies wurde bereits in anderen Studien beschrieben und mit unterschiedlichen Zielen und Rollenvorstellungen von Fremd- und Selbstbeurteilern erklärt.

