

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Univ.-Prof. Dr. H. J. Freyberger)
der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Komorbidität und deren zeitliche Charakteristika bei Patienten mit Zwangsstörung

Inaugural – Dissertation

zur

Erlangung des akademischen

Grades

Doktor der Medizin
(Dr. med.)

der

Medizinischen Fakultät

der

Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Greifswald

vorgelegt von: Lukas H. J. Lehmkuhl
geb. am: 3.12.1973
in: Düren

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. H.J. Freyberger
2. Gutachter: PD Dr. R.-D. Stieglitz

Ort, Raum: Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald, Hörsaal der Klinik für Neurologie
Tag der Disputation: 06.05.2002

Zusammenfassung

Die Zwangsstörung (englisch: *Obsessive-Compulsive Disorder*) ist die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung weltweit. Seit Anwendung einheitlicher diagnostischer Kriterien (z.B. des DSM-Systems oder der ICD) wird ihre Lebenszeitprävalenz auf rund 3% geschätzt.

In der vorliegenden Studie wurden 70 Patienten mit der Diagnose einer Zwangsstörung und 65 Verwandte ersten Grades anhand des halbstrukturierten, DSM-IV-basierenden Interviews *SADS-LA-IV* exploriert. Besondere Aufmerksamkeit wurde zeitlichen Zusammenhängen von Symptomen und Störungen gewidmet.

Unter den Eltern fanden sich erhöhte Lebenszeitprävalenzen für Phobien (sozial: 12,7%; spezifisch: 27,0%) und Panikstörungen (9,5%), nicht jedoch für Zwangsstörungen. Unter den Patienten bestanden komorbide Lebenszeitdiagnosen vor allem für affektive Störungen, spezifische und soziale Phobien, Panikstörungen, alkoholbezogene Störungen und Trennungangststörungen. Spezifischen Phobien waren mit einem durchschnittlichen Alter bei Beginn von 9 ($\pm 5,3$) Jahren die häufigste psychiatrische Erstmanifestation einer Störung, gefolgt von Zwangsstörungen und sozialen Phobien. Affektive Störungen traten fast ausschließlich als Zweiterkrankungen oder später folgend auf.

Es konnten anhand der psychiatrischen Erstmanifestation zwei Verlaufsformen der Zwangsstörung differenziert werden, die sich in Prädisposition, lebenszeitlichem Verlauf und der Bindung zum Formenkreis der Angststörungen unterschieden. Ein Teil der Patienten hatte eine hohe Vulnerabilität für Angststörungen. Hier war die Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung eine spezifische oder soziale Phobie mit Beginn im Schulalter. Es folgte durchschnittlich eine höhere Anzahl an Angststörungen, hierunter auch die Zwangsstörung. Die Zwangsstörung trat in einem zeitlichen Abstand von etwa 15 Jahren nach der psychiatrischen Ersterkrankung auf, oft nachdem bereits eine weitere Störung aufgetreten war. Das Alter bei Beginn der Zwangsstörung war bei diesem Teil der Patienten höher als im Durchschnitt (Erstmanifestation spezifische Phobie: $25,9 \pm 15,5$, soziale Phobie: $28,2 \pm 10,6$ Jahre).

Im Gegensatz dazu zeigten Patienten, die zuerst an einer Zwangsstörung erkrankten, ein niedrigeres Alter bei Beginn der Zwangsstörung ($19,0 \pm 9,7$) und eine deutlich niedrigere Bereitschaft, weitere Angststörungen zu entwickeln: die durchschnittliche Anzahl der Angststörungen pro Person lag signifikant unter der der übrigen Patienten.

Bezüglich der Assoziation zwischen Zwangsstörungen und affektiven Störungen konnte gezeigt werden, daß unter Patienten, deren Eltern nie an einer affektiven Störung erkrankten, komorbide affektive Störungen signifikant früher und häufiger auftraten als bei den übrigen Patienten. In dieser Patientengruppe traten deutlich mehr affektive Störungen auf, und das Zeitintervall zwischen der Zwangsstörung und einer affektiven Störung war erheblich kürzer als dies in der Gruppe mit einer familiären affektiven Vorbelastung der Fall war. Zudem lag in der ‚nicht vorbelasteten‘ Gruppe eine Häufung der affektiven Störungen als Zweiterkrankung bei einem hohen Anteil an Zwangsstörungen als Ersterkrankung vor. Das Alter bei Beginn der Zwangsstörung unterschied sich signifikant und lag bei ‚nicht vorbelasteten‘ Patienten leicht über, in der ‚vorbelasteten‘ Gruppe leicht unter den Literaturwerten.

Inhaltsverzeichnis

1. THEMATISCHE EINFÜHRUNG.....	1-1
1.1 ERSCHEINUNGSBILD.....	1-1
1.2 FUNKTION, ÄTIOLOGIE UND PATHOGENESE.....	1-2
1.2.1 <i>Psychoanalytischer Ansatz</i>	1-2
1.2.2 <i>Lerntheoretischer Ansatz</i>	1-2
1.2.3 <i>Neurobiologischer Ansatz</i>	1-3
1.3 EPIDEMIOLOGIE.....	1-4
1.3.1 <i>Prävalenz</i>	1-4
1.3.2 <i>Geschlechterverteilung</i>	1-5
1.3.3 <i>Familienstand</i>	1-5
1.3.4 <i>Geburtsreihenfolge</i>	1-5
1.3.5 <i>Intelligenz</i>	1-6
1.4 DIAGNOSENSTELLUNG.....	1-6
1.4.1 <i>Diagnose der Zwangsstörung nach ICD-10 und DSM-IV</i>	1-6
1.5 VERLAUF.....	1-9
1.5.1 <i>Passagere Zwangsphänomene im Kindesalter</i>	1-9
1.5.2 <i>Ersterkrankungsalter</i>	1-9
1.5.3 <i>Verlauf und Prognose</i>	1-9
1.5.4 <i>Phänomenologie</i>	1-10
1.5.5 <i>Komorbidität bei Zwangsstörungen</i>	1-10
1.6 ZIELSETZUNG.....	1-11
2. METHODE UND MATERIAL.....	2-15
2.1 METHODE DER DATENERHEBUNG.....	2-15
2.1.1 <i>Patientenauswahl, Einschlusskriterien, Probandenrekrutierung</i>	2-15
2.1.2 <i>Vorgehen</i>	2-15
2.1.3 <i>Mitarbeiter der Studie und eigener Anteil</i>	2-16
2.2 MATERIAL.....	2-16
2.2.1 <i>Erhebungsinstrumente</i>	2-16
2.2.2 <i>Statistische Analysen</i>	2-17
3. ERGEBNISSE.....	3-18
3.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	3-18
3.1.1 <i>Demografische Daten der Eltern</i>	3-18
3.1.1.1 <i>Herkunft, Geschlechterverteilung und Durchschnittsalter</i>	3-18
3.1.1.2 <i>Familienstand, Lebensstand und Kinder</i>	3-19
3.1.1.3 <i>Geschwister</i>	3-19
3.1.1.4 <i>Ausbildungsstand</i>	3-19
3.1.1.5 <i>Beruflicher Status</i>	3-19
3.1.2 <i>Demografische Daten der Patienten</i>	3-20
3.1.2.1 <i>Herkunft, Geschlechterverteilung und Durchschnittsalter</i>	3-20
3.1.2.2 <i>Familienstand, Lebensstand und Kinder</i>	3-20
3.1.2.3 <i>Geschwister</i>	3-21
3.1.2.4 <i>Ausbildungsstand</i>	3-21
3.1.2.5 <i>Beruflicher Status</i>	3-21
3.2 PSYCHIATRISCHE STÖRUNGEN.....	3-22
3.2.1 <i>Spektrum der diagnostizierten Störungen</i>	3-22
3.2.2 <i>Psychiatrische Störungen der Eltern</i>	3-25
3.2.3 <i>Psychiatrische Störungen der Patienten</i>	3-26
3.2.3.1 <i>Merkmale der Zwangsstörung</i>	3-26
3.2.3.2 <i>Komorbidität</i>	3-27
3.3 ZEITLICHE CHARAKTERISTIK DER STÖRUNGEN.....	3-30
3.3.1 <i>Reihenfolge der Erkrankungszeitpunkte</i>	3-30
3.3.2 <i>Alter bei Beginn der Störungen</i>	3-35
3.4 ERSTERKRANKUNG UND LEBENSZEITVERLAUF.....	3-38
3.4.1 <i>Ersterkrankung: spezifische Phobie</i>	3-40
3.4.2 <i>Ersterkrankung: Zwangsstörung</i>	3-40

3.4.3	<i>Ersterkrankung: soziale Phobie</i>	3-41
3.5	ZWANGSSTÖRUNG ALS ERSTERKRANKUNG.....	3-42
3.5.1	<i>Komorbide Angststörungen</i>	3-42
3.5.2	<i>Komorbide affektive Störungen</i>	3-43
3.5.3	<i>Zeitlicher Zusammenhang zu Angststörungen und affektiven Störungen</i>	3-44
3.6	ASSOZIATION ZWISCHEN ZWANGSSTÖRUNG UND AFFEKTIVER STÖRUNG.....	3-46
3.6.1	<i>Familiäre Belastung</i>	3-46
3.6.2	<i>Affektive Störungen der Patienten</i>	3-49
3.6.3	<i>Zeitlicher Zusammenhang</i>	3-49
4.	DISKUSSION	4-52
	STICHPROBE, STUDIENPOPULATION UND REPRÄSENTATIVITÄT.....	4-52
	MATERIAL, METHODE UND VORGEHENSWEISE.....	4-54
	STÖRUNGEN DER ELTERN.....	4-56
	ZWANGSSTÖRUNG UND KOMORBIDITÄT.....	4-58
	REIHENFOLGE DER ERKRANKUNGSZEITPUNKTE.....	4-62
	PRÄDISPOSITION FÜR ANGSTSTÖRUNGEN.....	4-63
	ZWANGSSTÖRUNG ALS PSYCHIATRISCHE ERSTERKRANKUNG.....	4-65
	ZWANGSSTÖRUNG UND AFFEKTIVE STÖRUNG.....	4-66
	SCHLUßFOLGERUNG.....	4-67
5.	LITERATUR	5-69

Tabellen und Diagramme

TABELLE 1 OCD - EPIDEMIOLOGISCHE STUDIEN ZUR PRÄVALENZ	1-5
TABELLE 2 DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10 UND DSM-IV	1-8
TABELLE 3 FAMILIENSTUDIEN ZUR ZWANGSSTÖRUNG.....	1-13
TABELLE 4 GESCHLECHTERVERTEILUNG UND DURCHSCHNITTSALTER DER ELTERN.....	3-18
TABELLE 5 GESCHLECHTERVERTEILUNG UND DURCHSCHNITTSALTER DER PATIENTEN.....	3-20
TABELLE 6 AUSBILDUNGSSTAND DER PATIENTEN	3-21
TABELLE 7 BERUFLICHER STATUS DER PATIENTEN	3-22
TABELLE 8 SPEKTRUM DER DIAGNOSTIZIERTEN STÖRUNGEN BEI ELTERN UND PATIENTEN.....	3-24
TABELLE 9 LEBENSZEITPRÄVALENZEN DER ELTERN.....	3-26
TABELLE 10 MERKMALE DER ZWANGSSTÖRUNG.....	3-27
TABELLE 11 KOMORBIDITÄT AFFEKTIVER STÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG	3-28
TABELLE 12 KOMORBIDITÄT DER ANGSTSTÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG	3-29
TABELLE 13 KOMORBIDITÄT WEITERER STÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG	3-30
TABELLE 14 REIHENFOLGE DER ERKRANKUNGSZEITPUNKTE BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG	3-32
TABELLE 15 ALTER BEI BEGINN DER STÖRUNGEN (LEBENSZEITPRÄVALENZ $\geq 10\%$).....	3-35
TABELLE 16 LEBENSZEITVERLAUF BEI PATIENTEN MIT UNTERSCHIEDLICHEN ERSTERKRANKUNGEN	3-39
TABELLE 17 KOMORBIDE ANGSTSTÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG ALS ERSTERKRANKUNG	3-43
TABELLE 18 KOMORBIDE AFFEKTIVE STÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG ALS ERSTERKRANKUNG.....	3-44
TABELLE 19 Lebenszeitprävalenz für auf eine Zwangsstörung folgende (vorangegangene) Angststörungen.....	3-45
TABELLE 20 Lebenszeitprävalenz für auf eine Zwangsstörung folgende (vorangegangene) affektive Störungen	3-45
TABELLE 21 ZEITINTERVALL ZWISCHEN ZWANGSSTÖRUNG UND DARAUF FOLGENDER (VORANGEGANGENER) STÖRUNGEN	3-46
TABELLE 22 GESCHLECHTERVERTEILUNG UND ZEITLICHE MERKMALE DER ELTERNGRUPPEN	3-47
TABELLE 23 ART DER AFFEKTIVEN STÖRUNGEN DER ELTERN.....	3-47
TABELLE 24 LEBENSZEITPRÄVALENZEN DER ELTERNGRUPPEN FÜR ANGSTSTÖRUNGEN	3-48
TABELLE 25 LEBENSZEITPRÄVALENZEN FÜR AFFEKTIVE STÖRUNGEN BEI PATIENTEN VON ELTERNPAAREN MIT UND OHNE AFFEKTIVER BELASTUNG	3-49
TABELLE 26 ZEITLICHE MERKMALE DER PATIENTEN VON ELTERNPAAREN MIT UND OHNE AFFEKTIVE BELASTUNG	3-50
TABELLE 27 REIHENFOLGE DER ERKRANKUNGSZEITPUNKTE BEI PATIENTEN IN ABHÄNGIGKEIT VON DER FAMILIÄREN VORBELASTUNG FÜR AFFEKTIVE STÖRUNGEN	3-51
DIAGRAMM 1 BOX-PLOT ZUM ALTER BEI BEGINN DER STÖRUNGEN	3-37

Abkürzungen

m = männlich

w = weiblich

insges. = insgesamt

± = Standardabweichung

AbB = Alter bei Beginn

LZP = Lebenszeitprävalenz

n. sig. = nicht signifikant

nb = nicht bekannt

nmb = nicht näher bezeichnet

o.a.S. = ohne alkoholbezogene Störungen

OCD = Obsessive-Compulsive Disorder

OR = Odds-Ratio

sig. = signifikant

subkl. = subklinisch

ECA = Epidemiology Catchment Area Survey

NCS = National Comorbidity Survey

UBS = Upper Bavarian Study

1. Thematische Einführung

Die Zwangsstörung, im Englischen als *Obsessive-Compulsive Disorder* (OCD) bezeichnet, ist eine psychische Störung, deren wissenschaftliche Beschreibung sich bis ins Jahr 1867 zurückverfolgen läßt. Dort schilderten Krafft-Ebing (1867) und Griesinger (1867) bereits Zwangsvorstellungen. Seitdem finden sich in der Literatur immer wieder Beschreibungen des "wenig bekannten psychopathischen Zustand[s]" (Griesinger, 1867) als „obsessive Züge“, „Zwangsneurose“ und nach neueren Diagnosenmanualen als „Zwangsstörung“. Jedoch wurde die Höhe der Prävalenz dieser Störung lange verkannt. Erst vor etwa zehn Jahren belegten Ergebnisse des *National Epidemiology Catchment Area Survey* (ECA) in den USA, daß die Zwangsstörung die vierthäufigste psychiatrische Störung nach Phobien, Substanzmißbrauch und Depression ist (Robins et al., 1991; Bourdon et al., 1992; Regier et al., 1993).

1.1 Erscheinungsbild

Kennzeichnend für eine Zwangsstörung sind ihre Leitsymptome: Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und/ oder Zwangshandlungen. Diese stereotyp wiederkehrenden, sich aufdrängenden Denkinhalte oder Handlungen sind mitunter extrem konsumierend und werden vom Betroffenen als störend, quälend und persönlichkeitsfremd (egodyston) empfunden. Der Erkrankte leistet Widerstand, ohne die Zwangsgedanken oder -handlungen dauerhaft unterdrücken zu können und verspürt starke Angst bei ihrer Unterlassung. Er erkennt sie als eigene Gedanken oder Handlungen an und hält sie zumindest teilweise für sinnlos und übertrieben (Dilling et al., 1993; Freyberger und Stieglitz, 1996; Huber, 1994).

Bei Zwangsgedanken überwiegen als egodyston angesehene Inhalte bezüglich Kontamination, Obszönität, Blasphemie und Aggression. Zwangshandlungen beziehen sich meistens auf Reinlichkeit zur Verhinderung einer unwahrscheinlichen Infizierung, übertriebene Ordnung, Zählen und Kontrollieren zur Verhinderung eines potentiellen Unglücks (Freyberger und Stieglitz, 1996; Huber, 1994).

1.2 Funktion, Ätiologie und Pathogenese

Die Entstehung einer Zwangsstörung versucht man vor allem aus den Perspektiven der Psychoanalyse, der Lerntheorie und zunehmend der Neurobiologie zu erklären.

1.2.1 Psychoanalytischer Ansatz

Die Zwangsstörung war eine der am häufigsten von Freud herangezogenen Erkrankungen, um die grundlegenden Prinzipien seiner psychodynamischen Theorien zu veranschaulichen. Entstehungsbedingungen für eine Zwangsstörung liegen der psychoanalytischen Auffassung zufolge in einer auf übertriebene Ordentlichkeit und Strenge ausgerichteten, rigiden und sachbezogenen Erziehung, der Frustrierung kindlicher Triebbedürfnisse während der Anaphase und der Unterdrückung von Spontaneität, Aggressivität und lebendiger Motorik (Freud, 1894; Freyberger und Stieglitz, 1996; Huber, 1994). Die Zwangssymptome haben eine angstbindende Funktion und wehren die aus verdrängten Triebbedürfnissen entstehenden aggressiven und sexuellen Impulse ab. Diese Abwehr ist nötig, da die unkontrolliert auftauchenden Impulse als Bedrohung für das Ich empfunden werden. Die Symptome sind, so Huber (1994), als Maßnahme zur Vermeidung gefürchteter Impulse zu verstehen und gehen mit Gefühlen der Angst, Schuld und Scham einher, die der Person ihr Autonomiegefühl nehmen. Die auffallend hohe Korrelation der Störung mit einer anankastischen Persönlichkeit ist psychodynamisch auf eine frühzeitige Introjektion der beschriebenen elterlichen Gebote in das Über-Ich zurückzuführen.

1.2.2 Lerntheoretischer Ansatz

Das lerntheoretische Modell beschreiben Freyberger und Stieglitz (1996): Auf eine Angst vor beispielsweise einem potentiellen Unglück oder einer Kontamination folgt eine klassische Konditionierung. Werden nun Handlungsweisen oder Gedanken (z.B. Zählen) entwickelt, die die Funktion der Angstreduktion erfüllen, kommt es zu einer operanten Konditionierung. Obwohl die Verhaltenstherapie mit ihren historischen Grundpfeilern der klassischen und operanten Konditionierung bei der Behandlung von Zwangspatienten sehr erfolgsversprechend und einem psychoanalytischen Vorgehen im allgemeinen vorzuziehen ist, weisen die Autoren darauf hin, daß eine Erklärung nur durch dieses Modell der Symptomkomplexität nicht gerecht werde.

1.2.3 Neurobiologischer Ansatz

Zwangssymptome treten nicht nur bei einer manifesten Zwangserkrankung auf, sondern auch unter normalphysiologischen Bedingungen, bei entsprechender Persönlichkeitsveranlagung, bei schweren psychotisch-depressiven Zuständen, Schizophrenien, Schädel-Hirn- und Geburtstraumata, umschriebenen zerebralen Läsionen und Degenerationen, Enzephalitiden, Vergiftungen, Epilepsien und organischen Psychosyndromen (Übersicht bei Grabe und Freyberger, 1999; Mentzos, 1991).

Angesichts der Vielzahl an Belastungssituationen, die von einer Zwangssymptomatik begleitet werden, wirft Mentzos (1984) die Frage auf, inwieweit es sich bei den Symptomen um "ein relativ unspezifisches, 'frühes' und regressiv [...] mobilisiertes Reaktions- und Bewältigungsmuster" handelt.

Die genannten körperlichen Beeinträchtigungen mit begleitender Zwangssymptomatik verlangen nach einer Klärung des somatischen, neurobiologischen Zusammenhangs. Von besonderer Bedeutung sind hier Berichte über das Auftreten von Zwangssymptomen nach isolierten Läsionen im Bereich der Basalganglien z.B. durch Infarkte. Mittels der modernen bildgebenden Verfahren konnten kontrollierte Studien an Zwangspatienten in Ruhezustand, bei Symptomprovokation und unter Verhaltens- und Pharmakotherapie durchgeführt und das neurobiologische Modell der Zwangsstörung untermauert werden (Übersicht: Grabe und Freyberger, 1999).

In dem Modell nehmen die Neuronenpopulationen der Amygdalae eine zentrale Rolle bei Konditionierungsprozessen ein, indem sie sensorische Information mit einem emotionalen Gehalt assoziieren, der verhaltenssteuernd wirksam wird. Die efferenten Bahnen der Amygdalae lösen zum einen unmittelbare vegetative, emotionale und motivationale Reaktionen in Kerngebieten der Hypothalami und des Hirnstamms aus und projizieren zum anderen über die Nuclei mediodorsales der Thalami in den Kortex zurück. Da der posteriore Anteil des orbitofrontalen Kortex direkt und indirekt mit den Amygdalae verschaltet ist, sensorische Afferenzen mit emotionalen sowie motivationalen Impulsen verknüpft und modulierende Funktion hat, kommt ihm bei der Entstehung einer Zwangsstörung eine besondere Bedeutung zu. Mechanismen, die inhibitorisch auf die Efferenzen der Nuclei mediodorsales eingreifen sind ebenfalls von besonderer Bedeutung, da jeweils über diese Kerne zahlreiche kortikale Regionen (sensorische Information), die Amygdalae (Emotionalität aversiver,

konditionierter Stimuli) und die Basalganglien in den orbitofrontalen Kortex projizieren.

Ein indirekter Weg greift in Erregungsschleifen („*loops*“) ein, die vom orbitofrontalen Kortex über das Striatum, den Globus pallidus und den Thalamus wieder in den orbitofrontalen Kortex ziehen. Werden die dort verlaufenden exzitatorischen, unidirektionalen Projektionen desinhibiert, kann es vermutlich über eine positive Rückkopplung unter Mitwirken der Nuclei caudati und der Thalami zu einer Perseveration der gerade projizierten Informationen kommen. Es wird vermutet, daß dies subjektiv zum Erleben von Zwangsgedanken und zu repetitiven Handlungen im Sinne der Angstreduktion führt. Objektiv ist eine neuronale Überaktivität in den aufgeführten Arealen nachweisbar.

1.3 Epidemiologie

1.3.1 Prävalenz

Die Zwangsstörung tritt weltweit bei beiden Geschlechtern, in allen sozialen Schichten und bei unterschiedlicher Intelligenz auf. Wie erwähnt, handelt es sich um die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung mit einer Prävalenzrate, die doppelt so hoch ist, wie die der Panikstörung oder Schizophrenie. Frühere Untersuchungen unterschätzen die Lebenszeitprävalenz mit Werten um 0,05% (Rüdin, 1953) um ein 50- bis 100-faches. Als Begründung nennen Rasmussen und Eisen (1990) den Widerwillen der Patienten, ihre Symptome zuzugeben, das Verkennen der Symptomkomplexität durch die Untersucher, Fehldiagnosen und das Fehlen von Standardfragen in Bezug auf Symptome bei der Erhebung des psychischen Befundes. Heute wird die Lebenszeitprävalenz mit 1,9-3,2%, die 6-Monatsprävalenz mit 0,1-1,6% beziffert. Diese Werte stützen sich auf Untersuchungen wie die der ECA (Rasmussen und Eisen, 1990), kanadische (Bland et al., 1988), sowie deutsche (Fichter et al., 1996) epidemiologische Studien und kontrollierte Familienstudien (Übersicht bei Black et al., 1992).

TABELLE 1 OCD - EPIDEMIOLOGISCHE STUDIEN ZUR PRÄVALENZ

Studie	Land	Jahr	Prävalenz		
			Lebenszeit	6 Monate	n
Rüdin	Deutschland	1953	0,05	nb	nb
UBS ¹	Deutschland	1979	nb	0,1	1847
ECA ²	USA	1984	2,5	1,6	24371
Edmont	Kanada	1988	3,0	1,6	3258
Flament et al.	USA	1988	nb	1,0	5000
Black et al.	USA	1992	2,3	nb	129

1: Upper Bavarian Study: Fichter et al. (1996)

2: National Epidemiology Catchment Area Survey: Rasmussen und Eisen (1990)

nb=nicht bekannt

1.3.2 Geschlechterverteilung

Black (1974) faßt das Verhältnis Frauen/ Männer aus elf Studien zusammen mit 51,4%/ 48,6%, bei Rasmussen und Eisen (1992) wird es mit 53,8/ 46,2 angegeben. Diese annähernd gleichen Verhältnisse mit der Tendenz zu einem höheren Frauenanteil stimmen mit weiteren Angaben aus der Literatur überein (Freyberger und Stieglitz, 1996; Dilling et al., 1993). Bei Kindern und Jugendlichen verschiebt sich dieses Verhältnis zu einem deutlich höheren Anteil an männlichen Erkrankten (Hollingsworth et al., 1980, Rapoport, 1989). Hierbei ist das niedrigere Erkrankungsalter männlicher Patienten zu berücksichtigen.

1.3.3 Familienstand

OCD-Patienten bleiben, verglichen mit einer Kontrollgruppe, zu einem höheren Anteil unverheiratet. Es wird allgemein angenommen, daß bei den Betroffenen eine ausgeprägte eheliche Fehlanpassung vorliegt (Rasmussen und Eisen, 1992). Diese Fehlanpassung korreliert mit dem Schweregrad der Erkrankung. Trotz der intrafamiliären Belastung durch einen Zwangserkrankten ist die Scheidungsrate nicht auffallend hoch.

1.3.4 Geburtsreihenfolge

Untersuchungen bezüglich der Geburtsreihenfolge ergaben unterschiedliche Ergebnisse. Tsuang (1966) sowie Rasmussen und Eisen (1992) berichten von einem nicht signifikanten Unterschied der Geburtsreihenfolge unter OCD-Patienten, während Kayton und Borge (1967) sowie McKeon und Murray (1987) einen signifikant erhöhten Anteil an Erstgeborenen und Einzelkindern erfassen.

1.3.5 Intelligenz

Frühere Studien, die auf einer klinischen Bewertung beruhten, nahmen eine überdurchschnittliche Intelligenz bei Zwangspatienten an. Spätere Erhebungen mittels der Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) fanden jedoch nur einen gering höheren, nicht signifikanten Unterschied der Intelligenz (zusammengefaßt bei Rasmussen und Eisen, 1992).

1.4 Diagnosenstellung

Vor einigen Jahrzehnten noch wurde eine präzise Diagnosenstellung und ein übergreifender Forschungsvergleich bei psychischen Störungen durch die unterschiedlichen Bezeichnungen der Zwangsstörung und durch ein Fehlen an einheitlichen Kriterien erschwert. Heute orientieren sich Klinik und Forschung maßgeblich an zwei international anerkannten diagnostischen Kriterienkatalogen: der zehnten Fassung der *International Classification of Mental Disorders* (ICD-10) (Dilling et al., 1993 u. 1994), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), sowie dem von der American Psychiatric Association (1994) in der vierten Fassung vorliegenden *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV).

1.4.1 Diagnose der Zwangsstörung nach ICD-10 und DSM-IV

Die Diagnosensysteme ICD-10 und DSM-IV unterscheiden sich sowohl in der Bezeichnung einzelner psychischer Störungen, als auch in den diagnostischen Ein- und Ausschlusskriterien. Hierzu zählen beispielsweise die Kriterien für das gleichzeitige Auftreten mehrerer Störungen und die unterschiedlichen zeitlichen Kriterien bezüglich der Erkrankungsphasen. Darüber hinaus räumt das DSM-IV einer symptomorientierten Beschreibung einen besonderen Stellenwert ein. Beiden Diagnosensystemen ist gemeinsam, daß sie dem Grundgedanken der operationalisierten Diagnostik folgen, eine multiaxiale Klassifikation und das Komorbiditätsprinzip beinhalten.

Die Zwangsstörung ist in der ICD-10 der Gruppe der Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen zugeordnet. Das DSM-IV führt die Zwangsstörung im Rahmen der Angststörungen auf. Die Tabelle 2 zeigt die Kriterien im Vergleich.

Beide Diagnosensysteme setzen für die Diagnose der Zwangsstörung Gedanken oder Handlungen von sinnlosem, übertriebenem und stereotyp aufdringlichem Cha-

rakter voraus, gegen die Widerstand geleistet wird und die als eigenes geistiges Produkt angesehen werden. Zwangsgedanken können in Form von Ideen, Impulsen, Vorstellungen oder Bildern auftreten. Zwangshandlungen haben zumeist angst- oder spannungsreduzierende Eigenschaften oder dienen der Verhinderung von drohendem Unheil. Die Definition der Begriffe Obsession und Kompulsion des DSM-IV bringt den Zusammenhang zwischen aufkommendem Gedanken und angstreduzierender Handlung klarer zum Ausdruck als dies in der ICD-10 der Fall ist.

Während die ICD-10 eine Mindestdauer der Zwangsepisode von zwei Wochen voraussetzt, in der die meiste Zeit des Tages durch die Erkrankung in Anspruch genommen wird, reicht zur Erfüllung des entsprechenden DSM-IV-Kriteriums eine zeitlich nicht näher beschriebene Episode mit einem täglichen Zeitaufwand von mindestens einer Stunde aus.

Für beide Diagnosevarianten müssen ein subjektiver Leidensdruck und eine Beeinträchtigung vorhanden sein, wobei nach DSM-IV jedoch nur ein ausgeprägtes Leidensempfinden und eine bedeutende Behinderung oder Beeinträchtigung in einem oder mehreren Lebensbereichen zur Diagnose führen.

Andere psychische Störungen führen nach ICD-10 zum Ausschluß einer Zwangsstörung, wenn ihre Symptome zuerst vorherrschten. Tritt eine Depression zeitgleich mit einer Zwangsstörung auf, wird der Depressionsdiagnose Vorrang eingeräumt. Bei chronischen Störungen richtet sich die Formulierung der Diagnose nach der Symptompersistenz. Hier unterscheidet das DSM-IV, worauf sich die Zwangsthematik bezieht. Beschränkt sie sich thematisch auf Inhalte einer weiteren Achse-I-Störung, z.B. einer Dismorphophobie oder Eßstörung, so ist die Diagnose einer Zwangsstörung nicht zu stellen.

TABELLE 2 DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10 UND DSM-IV

Kriterium	ICD-10 ¹ Diagnose F42	DSM-IV Diagnose 300.3
Vorliegen von	Zwangsgedanken (ZG) und/ oder –handlungen (ZH)	Obsessionen (OB) oder Kompulsionen (KO)
Definition	Zwangsgedanken: stereotype Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die auf- grund ihres Inhalts oder ihrer Sinnlo- sigkeit quälend erlebt werden. Zwangshandlungen/ -rituale: ständige Stereotypien, die als nicht angenehm empfunden und nicht nützlich angese- hen werden. Meist werden sie als Vor- beugung gegen ein objektiv unwahr- scheinliches, schadenbringendes Er- eignis erlebt.	Obsessionen: wiederkehrende, per- sistierende Gedanken, Impulse oder Bilder, die zu einigen Zeitpunkten der Störung als aufdringlich und unange- bracht erfahren werden und ausgeprägte Angst oder Leiden hervorrufen. Kompulsionen: sich wiederholende Ver- haltensweisen oder geistige Handlungen, zu der sich die Person veranlaßt fühlt, als Antwort auf eine OB oder als rigide Be- folgung von Regeln; sie dienen der Lei- densprävention und -reduktion sowie der Prävention gefürchteter Situationen, wobei diese Verknüpfung offensichtlich unrealistisch oder klar übertrieben ist.
Episodendauer	mindestens zwei Wochen	länger andauernd
Zeitaufwand	während der meisten Zeit des Tages	Zeitaufwand > 1h pro Tag
Einsicht	Anerkennen als eigene Gedanken und/ oder Handlungen	obsessionale Gedanken, Impulse oder Bilder werden als Produkt eigenen Den- kens angesehen
	mindestens ein ZG/ ZH wird ge- genwärtig als übertrieben und unsinnig anerkannt	an einem Punkt des Verlaufs der Störung werden die OB oder KO als exzessiv und übertrieben angesehen; trifft nicht bei Kindern zu
Leidensdruck	Leiden wird empfunden Ausführung von ZG/ ZH ist von der Angstreduktion abgesehen nicht ange- nehm	ausgeprägtes Leiden wird empfunden
Beeinträchtigung	soziale oder individuelle Lei- stungsfähigkeit, meist durch Zeit- aufwand	bedeutend; übliche Lebensge- wohnheiten, berufliche/ akademische Leistungsfähigkeit oder übliche soziale Aktivitäten oder Beziehungen
Widerstand	es wurde versucht Widerstand zu leis- ten; gegenwärtig wird gegen mindes- tens einen ZG/ ZH Widerstand geleistet	es wird versucht, die Gedanken, Impulse oder Bilder zu ignorieren oder zu unter- drücken oder sie mit anderen Gedanken oder Handlungen zu neutralisieren.
Ausschluß	andere psychische Störung wie Schi- zophrenie, verwandte oder affektive Störungen	Inhalt der OB bezieht sich auf eine ande- re Achse-I-Störung; Störung ist Folge physiologischer Effekte, bedingt durch Substanzen oder medizinische Umstän- de OB sind durch exzessive Sorgen über Probleme des wirklichen Lebens begrün- det
Spezifikation	F42.0 vorwiegend ZG und Grü- belzwang F42.1 vorwiegend ZH (Zwangsrituale) F42.2 ZG und –handlungen gemischt F42.8 sonstige Zwangsstörung F42.9 nicht näher bezeichnete Zwangsstörung	Mit geringer Einsicht (With Poor Insight): OB und KO werden die überwiegende Zeit nicht als exzessiv oder übertrieben erkannt

1: Zusammenfassung der klinisch diagnostischen Leitlinien und der Forschungskriterien des ICD-10

OB=Obsession/ -en (engl. obsession)

KO=Kompulsion/ -en (engl. compulsion)

ZG=Zwangsgedanke

ZH=Zwangshandlung

1.5 Verlauf

1.5.1 Passagere Zwangsphänomene im Kindesalter

Im Säuglings- und Kindesalter können eine Vielzahl zwanghaft anmutender Verhaltensweisen beobachtet werden. Hierzu werden festgelegte Rituale bzgl. des Stillvorgangs oder des Schlafs und habitualisierte Eß-, Wasch, An- und Auskleidezereemonien gezählt (Knölker, 1992). Auch die kindliche Fragesucht, das pedantische Befolgen selbst auferlegter Ge- und Verbote im Schulalter (z.B. Nichtbetreten von Plattenfugen) und Spiele mit Ritualcharakter (Abzählverse und -reime) zeigen zwanghafte Züge. Dührssen (1954) weist darauf hin, daß die Phänomene aus Sicht der Psychoanalyse gehäuft in die magisch-animistische Phase fallen. Sie haben teilweise, so Knölker (1992), eine ordnende, spannungs- und angstreduzierende Funktion, werden aber im Gegensatz zu Zwangsphänomenen mit Krankheitswert als Ausdruck einer Probier-, Nachahmungs und Funktionslust empfunden und sind somit egosynton.

Werden die Phänomene als egodyston empfunden, kann es zum Auftreten einer Zwangsstörung kommen. Dies geschieht gehäuft um das 12.-14. Lebensjahr (Knölker, 1992) und kann bis ins Erwachsenenalter fortbestehen. Rapoport (1989) benennt den Anteil an erwachsenen Zwangspatienten, deren Krankheitsbeginn im Kindes- oder Jugendalter liegt, mit 30-50%.

1.5.2 Ersterkrankungsalter

Das Alter bei Beginn einer Zwangsstörung liegt der jüngeren Literatur zufolge übereinstimmend zwischen dem späten Jugendlichenalter und dem beginnenden zweiten Lebensjahrzehnt. Männer erkranken früher als Frauen. Rasmussen und Eisen (1990) errechneten bei 250 Patienten ein durchschnittliches Alter bei Beginn von 19,8, Bellodi et al. (1991) von 19,5 Jahren und Black et al. (1992) bezifferten es auf 17,8 Jahre.

1.5.3 Verlauf und Prognose

Rasmussen und Eisen (1992) beobachteten bei 560 Zwangspatienten kontinuierliche (85%), progrediente (10%) und episodische (2%) Verlaufsformen. Die Unter-

schiede im Verlauf und die daraus resultierenden prognostischen Schwierigkeiten sind darauf zurückzuführen, daß die Zwangssymptome inhaltlich rasch wechseln können und so in unterschiedlichem Ausmaß die diversen Lebensbereiche einer Person infiltrieren. Zudem spielt die Primärpersönlichkeit eine große Rolle. Liegt beispielsweise eine anankastische Persönlichkeit vor, ist eine Differenzierung zur eigentlichen Störung in praxi oft schwierig.

Auch wird die zur Chronifizierung neigende Störung bei längerem Persistieren häufig von panikartigen Symptomen begleitet oder von einer Depression überlagert.

Erfahrungsgemäß ist eine günstigere Prognose bei reiner Verlaufsform ohne Persönlichkeitsstörung und jungem Erkrankungsalter zu stellen, da hier die Bereitschaft, Lebensumstände zu ändern, meist noch hoch ist.

1.5.4 Phänomenologie

Die Verschiedenheit der auftretenden Zwangssymptome kann nach thematischer Gliederung einer geringen Anzahl an Basistypen zugeordnet werden. Bei den Zwangsgedanken überwiegen die Themen Kontamination, Pathologischer Zweifel, Sexualität, Körper und Symmetrie, während sich mit Kontrollieren, Reinigen und Zählen die häufigsten Zwangshandlungen beschreiben lassen (Rasmussen und Eisen, 1992).

1.5.5 Komorbidität bei Zwangsstörungen

Betrachtet man die Lebenszeitprävalenz psychiatrischer Störungen bei Zwangspatienten, so fällt auf, daß eine Zwangsstörung nur selten isoliert auftritt. Dieses Phänomen wird als Komorbidität bezeichnet. Im eigentlichen Sinne beschreibt der Begriff Komorbidität das zeitgleiche Auftreten zweier verschiedener Störungen (Feinstein, 1970) bei einer Person. Diese Definition ist für psychiatrische Störungen strenggenommen nicht zutreffend, da diese durch Symptommuster, die sich nicht direkt auf eine Ätiologie oder Pathophysiologie beziehen, beschrieben werden (Mayer et al., 1996). Der Begriff wird hier in erweiterter Form für das Co-Existieren verschiedener psychiatrischer Lebenszeit-Diagnosen verwandt.

Verallgemeinernd läßt sich sagen, daß vor allem affektive Störungen und Angststörungen eine Zwangsstörung begleiten, ihr folgen oder vorgehen. In einem bis zwei Drittel der Fälle begleitet oder folgt eine depressive Episode der Zwangsstörung (Bellodi et al., 1991; Black et al., 1995). Die komorbide Diagnose einer Dysthymie

wird der Literatur zufolge bei bis zu einem Drittel der Patienten erhoben (Brown und Barlow, 1992). Das Mitaufreten einer Angststörung trifft in einem Drittel der Fälle für Panikstörungen und soziale Phobien zu. Spezifische Phobien und generalisierte Angststörungen sind seltener, bei bis zu einem Drittel der Fälle mit einer Zwangsstörung assoziiert. Tic-Störungen, die zum obsessiv-kompulsiven Störungsspektrum gezählt werden, sind seltener vorzufinden.

1.6 Zielsetzung

In den vergangenen Jahren hat die Aufmerksamkeit für genetisch prädisponierende Faktoren im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen stark zugenommen. Auch für die Zwangsstörung wird übereinstimmend ein Teil der Prädisposition auf genetischer Seite vermutet (Sciuto et al., 1995), der ursächlich mitverantwortlich für die zu beobachtende familiäre Aggregation sein soll.

Berücksichtigt man, daß bei Patienten mit Zwangsstörung in einem bedeutenden Teil der Fälle nicht nur Symptomüberschneidungen zu anderen psychiatrischen Erkrankungen vorliegen, sondern diese vorweg, begleitend oder folgend auch klinische Verläufe annehmen können, stellt sich unter der von Sciuto et al. (1995) formulierten Annahme, daß die zuerst auftretende psychiatrische Erkrankung die höchste genetische Penetranz besitzt, die Frage nach unterschiedlich prädisponierten Verlaufsformen. Diese Unterschiede in Prädisposition und zeitlichem Verlauf der komorbiden Erkrankungen haben Einfluß auf Diagnostik, Therapie und Prognose.

Der vorliegende Teil der Studie untersucht folgende Gegebenheiten:

- Die Lebenszeitprävalenzen für komorbide Störungen werden in der jüngeren Literatur als hoch angesehen. Allerdings bestehen zwischen einigen Studienergebnissen beträchtliche Unterschiede in der Höhe der Lebenszeitprävalenzen. Für affektive Störungen werden Werte zwischen 7,5% (Black et al., 1992) und 78% (Rasmussen et Eisen, 1992), für Angststörungen Werte um 30% angegeben (Black et al., 1992; Rasmussen et Eisen, 1992). Es sollen die Lebenszeitprävalenzen der in unserem Kollektiv auftretenden Störungen untersucht werden.

- Die unter den Patienten mit einer Zwangsstörung auftretenden Störungen können anhand eines unterschiedlichen zeitlichen Zusammenhangs zu anderen Störungen differenziert werden. Es sollen durch die Beschreibung der Auftretensreihenfolge und der Erkrankungsalter typische Auftretenszeitpunkte gefunden werden.
- Da sich die einzelnen Störungen sowohl hinsichtlich der Häufigkeit als auch in der Reihenfolge ihres Auftretens unterscheiden, werden Zusammenhänge gesucht. Es soll gezeigt werden, inwiefern die psychiatrische Ersterkrankung Einfluß auf den Lebenszeitverlauf der nachfolgenden Störungen, insbesondere der Zwangs- und affektiven Störungen, hat. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob unterschiedliche Verlaufstypen für die Zwangsstörung existieren.
- Die Assoziation zwischen Zwangs- und affektiven Störungen wird in der Literatur als hoch beschrieben (Sciuto et al., 1995). Unter Einbeziehung der leiblichen Eltern soll die Assoziationsstärke zwischen beiden Störungen in Abhängigkeit von der familiären Vorbelastung untersucht werden.

Die vorliegende Studie ist als Familienstudie konzipiert worden, bei der Patienten und deren Eltern retrospektiv auf psychiatrische und psychologische Auffälligkeiten, die während ihrer bisherigen Lebenszeit auftraten, untersucht wurden. Waren fremdanamnestic bei Geschwistern der Patienten Auffälligkeiten bekannt, wurden auch diese exploriert.

Seit der Untersuchung von Zwangspatienten und deren Verwandten ersten Grades durch Lewis (1936) wurden eine Vielzahl ähnlich gestalteter Studien mit unterschiedlichsten Fragestellungen in verschiedenen Ländern durchgeführt. Diese sind in Tabelle 3 zusammengefaßt.

TABELLE 3 FAMILIENSTUDIEN ZUR ZWANGSSTÖRUNG

Quelle	Pat. ^{1/} Verw. ²	Thema	Methode	Diagnose- kriterien	Kontrolle	Ergebnis
Lewis (1936)	50/ 306	obsessive Züge	Familienanamnese	keine	nein	erkrankte Eltern/ Verwandte: 37%/ 21%
Brown (1942)	20/ 96	obsessive Psychoneurose, ängstliche Persönlichkeit	Familienanamnese	keine	ja	erkrankte Eltern/ Verwandte: 8%/ 7%
Rüdin (1953)	130/ 580	Zwangsstörung, zwanghafte Züge	Fragebogen	keine	nein	erkrankte Eltern/ Verwandte: 5%/ 7%
Kringlen (1965)	91/ 182	obsessive Züge	Fragebogen	keine	nein	erkrankte Eltern/ Verwandte: 20%/ 7%
Lo (1967)	88/ 485	Obsessive Züge		keine	nein	erkrankte Eltern/ Verwandte: 8%/ 5%
Rosenberg (1967)	144/ 547	Zwangsneurose	Familienanamnese PE	keine	nein	erkrankte Verwandte**: 0,5%
Insel et al. (1983)	27/ 54	Zwangsstörung	PE	DSM-III	nein	LOI-Symptomscores: Werte der Index-Eltern entsprechen Normwerten
Hoover et Insel (1984)	10/ 174	Familienkonstellation bei OCD	direktes Interview	DSM-III	nein	erkrankte Verwandte**: 0%
Rasmussen et Tsuang (1986)	44/ 88	OCD, zwanghafte Züge	direktes Interview + Familienanamnese	DSM-III	nein	erkrankte Eltern: 5%; 10% haben zwanghafte Züge Patienten: 30% haben eine komorbide Depression (MDD), 55% haben eine kompulsive PS
McKeon et Murray (1987)	50/ 149	Zwangsneurose	direktes, strukturiertes Interview PE	Research Diagnostic Criteria	ja	erkrankte Verwandte**: 0,7%; sig. höhere Lebenszeitprävalenz für depressive und neurotische. Störungen, nicht aber für Zwangsneurosen LOI: Werte für Index- und Kontrollpersonen ähnlich
Pitman (1987)	16/ 24		Familienanamnese			erkrankte Verwandte**: 8%
Lenane et al. (1990)	46*/ 145	OCD, subklinische Zwangsstörung, zwanghafte PS	direktes, strukturiertes Interview	DSM-III	nein	erkrankte Eltern/ Verwandte: 17%/ 5%
Riddle (1990)	21*/ 36	Phänomenologie, Familienanamnese	direktes Interview	DSM-III-R	nein	erkrankte Eltern: 11%
Bellodi et al. (1991)	92/ 370	familiäre Belastung für psychiatrische Störungen (bes. OCD, MDD) Komorbidität	direktes Interview	DSM-III-R	nein	erkrankte Eltern/ Verwandte: 3,3%/ 4%; MR für OCD ist leicht erhöht Patienten: 35% haben eine komorbide MD

Quelle	Pat. ^{1/} Verw. ²	Thema	Methode	Diagnose- kriterien	Kontrolle	Ergebnis
Black et al. (1992)	32/ 120	OCD, subklinische Zwangsstörung, kompulsive PS	direktes, strukturiertes Interview (DIS)	DSM-III	ja	erkrankte Verwandte ^{**} : 2,5%; MR ist für Angststörungen erhöht, nicht aber für OCD
Nicolini et al. (1993)	27/ 268	psychiatrische Störungen in Familien von OCD-Patienten	direktes Interview	DSM-III-R	nein	erkrankte Verwandte ^{**} : 4% Patienten: sig. Geschlechtsunterschied (5m/ 22w); sig. geschlechtsabhängiger Unterschied der Phänomenologie; erhöhte Komorbidität für: Anankastische PS, Depression, Sexueller Mißbrauch, Suizidales Verhalten
Sciuto et al. (1995)	172/ 734	familiäre Belastung für OCD und MD unter dem Aspekt unterschiedlicher Chronologie	direktes Interview + Familienanamnese	DSM-III-R	nein	erkrankte Verwandte: 5,2%; MR für OCD weist familiäre Konzentration für alle Chronologie-Klassifizierungen auf, außer der mit vorangehender MD und folgender OCD. Verwandte der letztgenannten Gruppe haben eine sig. erhöhte Erkrankungsrate für eine MD. Schlußfolgerung: zwei Typen familiärer Verteilung
Pauls et al. (1995)	100/ 466	familiärer Zusammenhang der OCD; OCD und Tic-Störungen; Differenzierung der OCD-Typen	direktes, strukturiertes Interview	DSM-III-R	ja	erkrankte Verwandte ^{**} : 10,3% ; sig. erhöht zu Kontrollangehörigen
Black et al. (1995)	32/ 120	psychiatrische Störungen; komorbide MDD, GAD	direktes, strukturiertes Interview	DSM-III-R	ja	Die Morbidität für eine MDD ist bei Verwandten von Patienten mit komorbider MDD nicht erhöht, ebensowenig die Morbidität für eine GAD bei Verwandten von Patienten mit komorbider GAD. Morbidität für eine GAD ist insgesamt erhöht bei Verwandten von Patienten.

1: Patienten

GAD=generalisierte Angststörung

MDD=Major Depressive Disorder

OCD=Obsessive-Compulsive Disorder

2: Verwandte ersten Grades

LOI=Leyton Obsessional Inventory

MR=Morbiditätsrisiko

PE=psychometrische Erhebung

^{*}=Kinder (max. 18 Jahre); ^{**}=Eltern inbegriffen

MD=Affektive Störung (Mood Disorder)

nb=nicht bekannt

PS=Persönlichkeitsstörung

2. Methode und Material

2.1 Methode der Datenerhebung

2.1.1 Patientenauswahl, Einschlußkriterien, Probandenrekrutierung

In der Zeit von August 1996 bis Dezember 1997 wurden Patienten mit Zwangsphänomenen, die sich in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Bonn in ambulanter oder stationärer Behandlung befanden, nach Einwilligung konsekutiv für die Studie vorgesehen. Um Eingang in die Studie zu finden, mußte die Diagnose einer Zwangsstörung nach den Kriterien des DSM-III-R und DSM-IV vorliegen oder zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben. Die weitere psychiatrische Anamnese führte zu keiner Einschränkung, ebensowenig die Anzahl der erreichbaren Eltern bzw. Geschwister.

Die Patienten wurden über die Ziele und den Nutzen der Studie aufgeklärt. Erteilten uns die Patienten ihr Einverständnis, ihre Eltern zu kontaktieren, wurden diese telefonisch zur gleichen Untersuchung in die Klinik eingeladen.

2.1.2 Vorgehen

Die Probanden erhielten ausführliche Informationen zum Vorgehen im einzelnen (Interview und Umgang mit den Selbstbeurteilungsbögen). Die Exploration fand innerhalb der Klinik zwischen Proband und einem Interviewer statt und dauerte im Durchschnitt 2 Stunden. Falls notwendig, wurde die Untersuchung als Hausbesuch durchgeführt.

Die Interviews wurden abwechselnd von einem Psychiater und zwei Doktoranden geführt. Der Psychiater arbeitet seit langem mit Zwangspatienten zusammen und leitet die Zwangsambulanz der Klinik. Die Doktoranden sammelten zur Vorbereitung praktische Erfahrung im Bereich stationärer und ambulanter Behandlung psychiatrischer Patienten. Sie nahmen an vorbereitenden Seminaren teil und erhielten ein umfassendes Interview-Training. Interviews und Fragebögen wurden von allen Interviewern kollektiv besprochen, ausgewertet und von einem Oberarzt supervisiert.

2.1.3 Mitarbeiter der Studie und eigener Anteil

Die Leitung der Studie und die Supervision erfolgten durch Herrn Prof. Dr. H. J. Freyberger. Herr Dr. H. J. Grabe führte die klinische Charakterisierung und, gemeinsam mit Herrn F. Goldschmitt und dem Verfasser (L. H. J. Lehmkuhl), die Datenerhebung durch. Die elektronische Datenerfassung der Interviews und der Selbstbeurteilungsskalen wurden vom Verfasser und Herrn F. Goldschmitt durchgeführt. Die Auswertung der Interviewdaten und die vorliegende Ausarbeitung erfolgten durch den Verfasser.

2.2 Material

2.2.1 Erhebungsinstrumente

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Daten, die mit dem *Interview zur Lebenszeitprävalenz von affektiven Störungen und Schizophrenie modifiziert zur Untersuchung von Angststörungen [nach DSM-IV]* (SADS-LA-IV) in der deutschen Übersetzung (Grabe et al., 1999) erhoben wurden. Das semistrukturierte Interview wurde 1978 von Endicott und Spitzer in der Version SADS-L zur operationalisierten Diagnostik psychischer Störungen entwickelt. Es orientierte sich an den *Research Diagnostic Criteria* (RDC) und stimmte somit weitgehend mit den Kriterien der dritten Version des *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-III) der *American Psychiatric Association* überein. 1985 wurde das Erhebungsinstrument zur expliziten Erforschung von Angststörungen und –symptomen zum SADS-LA erweitert (Fyer et al., 1986). Dabei steht „L“ für die Erhebung von Lebenszeitdiagnosen („lifetime“) und „A“ bezeichnet die spezifische Erweiterung bezüglich der Angststörungen („anxiety disorder“). In der heutigen Version, SADS-LA-IV, können Lebenszeitdiagnosen nach DSM-III-R und DSM-IV erhoben und abgebildet werden. Mit Hilfe der deutschen Übersetzung und Bearbeitung durch Grabe et al. (1999) liegt im deutschsprachigen Raum ein Instrument vor, welches ein Forschen auf internationalem Niveau erlaubt und eine Vergleichbarkeit der Probandenkollektive gewährleistet.

Darüber hinaus wurden Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen erhoben, die jedoch nicht Gegenstand dieser Ausarbeitung sind.

2.2.2 Statistische Analysen

Die Ergebnisse der Erhebung mit dem SADS-LA-IV wurden entsprechend der Diagnosenmanuale DSM-III-R und -IV codiert. Geburtsdatum und Zeitpunkt der Erhebung wurden als originäre Werte in die Berechnung aufgenommen, alle Daten zu Erkrankungszeitpunkten und -dauer wurden in Jahreswochen umgerechnet. Symptomanzahlen und nominalskalierte Werte wurden originär übernommen.

Die Datenverwaltung und -auswertung wurde anonymisiert mittels des Statistikprogramms *SPSS 6.1.2* durchgeführt. Bei Mittelwertvergleichen zweier Gruppen kam als parametrisches Verfahren der t-Test für unverbundene Stichproben zur Anwendung. Hierbei prüft SPSS die Stichproben mittels des F-Tests auf Varianzgleichheit. Dementsprechend wird der jeweilige t-Wert für gepoolte oder getrennte Varianzen ermittelt. Nominalskalierte Daten zweier Stichproben wurden in einer Kontingenztabelle mit dem Chi-Quadrat-Test (*Kreuztabelle*) auf Unabhängigkeit geprüft. Das Testniveau lag durchgehend bei $\alpha=0,05$. Zur Beschreibung von Assoziationsstärken zwischen zwei kategorialen Variablen wurde ein Kreuzproduktverhältnis (Odds Ratio) errechnet.

Das Vorgehen war explorativ bei der Beschreibung der Lebenszeitprävalenzen der Eltern, der Komorbidität der Patienten und deren Alter bei Beginn, sowie des Lebenszeitverlaufs in Abhängigkeit einer Ersterkrankung.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

In die Studie aufgenommen wurden 70 Patienten, davon 37 weiblich und 33 männlich. Die Anzahl der untersuchten Verwandten ersten Grades belief sich auf 63 Elternteile, davon 32 weiblich und 31 männlich, sowie zwei weibliche Geschwister.

Insgesamt lagen 28 Triplets bestehend aus Patient und beiden Elternteilen vor. In sieben Fällen konnte nur ein Elternteil untersucht werden, bei weiteren 35 Patienten konnte keine Exploration der Verwandten ersten Grades erfolgen.

3.1.1 Demografische Daten der Eltern

3.1.1.1 Herkunft, Geschlechterverteilung und Durchschnittsalter

Die Herkunft der in die Studie miteinbezogenen 63 Eltern setzte sich wie folgt zusammen: Deutschland: 58, Türkei: 2, Frankreich, Afghanistan und Ukraine je 1 Elternteil.

Die Verteilung der Geschlechter unter den elterlichen Teilnehmern konnte mit 31 Männer und 32 Frauen als ausgewogen bezeichnet werden. Diese Gruppe setzte sich aus 28 Ehe- bzw. Elternpaaren, 5 Müttern und 2 Vätern zusammen. (siehe Tabelle 4)

Das Durchschnittsalter betrug 59,2 ($\pm 7,5$; \pm = Standardabweichung) Jahre, wobei der Anteil männlicher Teilnehmer mit durchschnittlich 60,9 Jahren rund 3 Jahre älter war als der weiblicher Teilnehmer mit 57,7.

TABELLE 4 GESCHLECHTERVERTEILUNG UND DURCHSCHNITTSALTER DER ELTERN

Geschlecht	n	%	Alter (Jahre)
männlich	31	49,2	60,9 \pm 7,6
weiblich	32	50,8	57,7 \pm 7,3
insges.	63	(100)	59,2 \pm 7,5

3.1.1.2 Familienstand, Lebensstand und Kinder

Der Großteil der Eltern (83,9%) war verheiratet. Auf der männlichen Seite machte dies 90,3% gegenüber 77,4% auf weiblicher Seite aus. Von ihrem Ehepartner getrennt lebten 4,8% und in Scheidung 11,3% der Eltern. Unter den alleinlebenden Eltern (19,4%) befanden sich ausschließlich weibliche Personen. Alle verbleibenden Eltern lebten in einer Partnerschaft.

Aus der Perspektive des Elternpools hatten Männer und Frauen mit insgesamt 19,0% zu annähernd gleichen Teilen ein Kind. Der Anteil Eltern mit zwei Kindern war größer und belief sich auf 39,7% (m=35,5%; w=43,8%). Unter den Eltern mit drei Kindern befanden sich zu 32,3% Männer und zu 25,0% Frauen (insges.: 28,6%). Eltern mit 4, 5 oder 6 Kindern stellten zusammen einen Anteil von 12,7%.

3.1.1.3 Geschwister

Die Zahl der Geschwister bei den Eltern erstreckte sich von 0 bis 10 und verteilte sich wie folgt. Keine Geschwister hatten 19,7%, eine Schwester oder einen Bruder 14,8%, zwei Geschwister 19,7% und drei Geschwister 23,0%. Die bisher genannten Zahlen zeigten keine wesentliche Geschlechterdifferenz. Insgesamt waren 23% der Eltern in Familien mit mehr als 3 Kindern aufgewachsen. Hiervon hatten 4,9% der Eltern (nur w) vier Geschwister, 9,8% (m+w) fünf Geschwister, je 1,6% sechs, sieben und acht Geschwister sowie 3% (w) zehn Geschwister.

3.1.1.4 Ausbildungsstand

Die Hälfte der Eltern hatte einen Volksschulabschluß (51,6% m+w) absolviert. Den Abschluß einer Realschule hatten 17,7% (m=10,0%; w=25,0%), den eines Gymnasiums 9,7% (m=3,3%; w=15,6%) erreicht. Ein Studium wurde insgesamt von 17,7% der Eltern durchlaufen, und zwar zum überwiegenden Teil von Männern (m=33,3%; w=3,1%).

3.1.1.5 Beruflicher Status

Über ein Drittel der Eltern (37,7%) war zum Zeitpunkt der Untersuchung berentet (m=54,8%; w=20,0%). Der niedrigere Anteil an Berenteten unter den weiblichen Eltern war größtenteils auf eine Tätigkeit im Haushalt zurückzuführen, die von 32,3% der Frauen ausgeführt wurde. Einer Beschäftigung gingen 35,5% der männli-

chen und 36,6% der weiblichen Eltern nach. Während hier die Männer hauptsächlich vollzeitbeschäftigt waren, arbeiteten die Frauen überwiegend teilzeitbeschäftigt.

3.1.2 Demografische Daten der Patienten

3.1.2.1 Herkunft, Geschlechterverteilung und Durchschnittsalter

Von den 70 Patienten stammten 67 gebürtig aus Deutschland, je einer aus Rumänien, Afghanistan und der Türkei.

Es herrschte mit 33 Männern und 37 Frauen ein Frauenüberschuß, der nicht signifikant war (siehe Tabelle 5).

Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Untersuchung lag bei 36,5 ($\pm 12,3$) Jahren. Hierbei waren Männer durchschnittlich mit 37,7 ($\pm 14,3$) Jahren etwas älter als Frauen (35,4 $\pm 10,2$).

TABELLE 5 GESCHLECHTERVERTEILUNG
UND DURCHSCHNITTSALTER DER PATIENTEN

Geschlecht	n ¹	%	Alter
männlich	33	47,1	37,7 $\pm 14,3$
weiblich	37	52,9	35,4 $\pm 10,2$
insges.	70	100	36,5 $\pm 12,3$

1: $\chi^2=0,229$; df=1; p=0,633

3.1.2.2 Familienstand, Lebensstand und Kinder

Von den Patienten waren 59,4% nie verheiratet. Unter den Männern machte dies einen Anteil von 68,8% aus, während bei den Frauen nur jede zweite nie verheiratet war (51,4%) (χ^2 -test n.sig.; p=0,142). Somit war auch der Anteil der länger als ein Jahr lang Verheirateten unter den Männern geringer als unter den Frauen (m=25,0%; w=37,8%). Die Rate der Ehescheidungen war insgesamt mit 4,3% ebenso hoch wie die der getrennt lebenden Ehepartner.

Über ein Drittel der Patienten (37,7%) lebte in einem eigenen Haushalt, Männer und Frauen waren hier gleichermaßen repräsentiert. Bei den Eltern wohnhaft war ein Viertel der männlichen (25,0%) aber nur 16,2% der weiblichen Patienten. Während 45,9% der Frauen mit einem Partner zusammen lebten, war der Anteil der Männer diesbezüglich mit 34,4% geringer.

Drei Viertel der Patienten (75,0%) waren kinderlos. Hierbei stellten Frauen mit 69,4% den geringeren Anteil im Vergleich zu Männern mit 81,3%. Die verbleibenden Patienten hatten zu annähernd gleichen Teilen ein, zwei und drei Kinder, wobei der Frauenanteil in den jeweiligen Gruppen größer war.

3.1.2.3 Geschwister

Etwa ein Drittel der Patienten (28,4%), hierunter 40,6% der männlichen und nur 17,1% der weiblichen, war ohne Geschwister aufgewachsen. Ein Geschwisterteil hatten 37,3% der Probanden (m=31,3%; w=42,9%), der Anteil mit zwei Geschwistern bezifferte sich auf 22,4% (m=18,8%; w=25,7%) und der mit drei Geschwistern auf 7,5% (m=6,3%; w=8,6%).

3.1.2.4 Ausbildungsstand

Bezüglich des Ausbildungsgrades waren zum Untersuchungszeitpunkt alle Kategorien vertreten ("keine Ausbildung" bis "Hochschulabschluß mit Titel"). Am häufigsten wurden mit etwa je einem Fünftel Haupt-, Realschul- und Gymnasialabschlüsse erreicht. Der männliche Anteil tendierte in diesem Bereich zum höheren, der weibliche zum niedrigeren Abschluß.

TABELLE 6 AUSBILDUNGSSTAND DER PATIENTEN

Grad der Ausbildung	%		insges.
	m	w	
Hochschule mit Titel	3,0	5,4	4,3
Hochschule ohne Titel	9,1	5,4	7,1
Vordiplom	-	2,7	1,4
Studium ohne Abschluß	15,2	13,5	14,3
Abitur	30,3	13,5	21,4
Realschule	21,2	24,3	22,9
Haupt/- Volksschule	15,2	27,0	21,4
keine Ausbildung	3,0	8,1	5,7

(n=69; m=32, w=37)

3.1.2.5 Beruflicher Status

Den beruflichen Status der Patienten zum Zeitpunkt der Exploration gibt die Tabelle 7 wieder. Von den männlichen Patienten waren 12,5% berentet und 25,0% ohne Beschäftigung. Auf weiblicher Seite waren diese Werte etwas höher mit einem

Anteil von 16,7% an Berenteten und 27,7% an Beschäftigungslosen. Insgesamt gingen somit 41,1% der Patienten keiner Beschäftigung nach. Hierbei lag das Durchschnittsalter der Berenteten auf männlicher Seite bei 59,93 ($\pm 8,63$) Jahren, während es sich auf weiblicher Seite auf 43,27 ($\pm 6,63$) Jahren belief.

TABELLE 7 BERUFLICHER STATUS DER PATIENTEN

Status	%		insges.
	m	w	
aktuelle Vollzeitbeschäftigung	40,6	25,0	32,4
aktuelle Teilzeitbeschäftigung	6,3	11,1	8,8
berentet	12,5	16,7	14,7
Student	15,6	19,4	17,6
vorübergehend unbeschäftigt	9,4	8,3	8,8
dauerhaft nicht beschäftigt	15,6	19,4	17,6

(n=68; m=32, w=36)

3.2 *Psychiatrische Störungen*

3.2.1 *Spektrum der diagnostizierten Störungen*

Mittels des Interviews zur Erfassung der Lebenszeitprävalenzen psychiatrischer Störungen (SADS-LA-IV) wurden bei Eltern und Patienten Achse-I-Störungen diagnostiziert, unter denen Störungen affektiver und ängstlicher Art den größten Teil ausmachten.

Als affektive Störungen waren einzelne und rezidivierende depressive Episoden, bipolare und dysthyme Störungen vorhanden. Panikstörungen, Agoraphobien, soziale und spezifische Phobien waren neben generalisierten Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen aus der Gruppe der Angststörungen vertreten. Es wurden weiter unter den somatoformen Erkrankungen Hypochondrien, Somatisierungsstörungen und Dysmorphophobien diagnostiziert. Unter den Störungen mit gewöhnlicher Erstmanifestation in Kindheit oder Jugend lagen Trennungsangststörungen und Tic-Störungen vor. Zu den substanzbezogenen Störungen zählten die diagnostizierten Störungen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch, cannabisinduzierte Psychose und Phencyclidin-Abhängigkeit. Unter den Eßstörungen fanden sich Anorexie und Bulimie.

In Einzelfällen lagen die Störungen Kleptomanie und Trichotillomanie aus der Gruppe der Impuls-Kontroll-Störungen, sowie eine wahnhafte Störung aus der Gruppe der psychotischen Störungen vor. Als weitere Störungen existierten eine amnestische Störung, eine Anpassungsstörung sowie eine Pädophilie.

Subklinische Erscheinungsformen waren vereinzelt vorhanden und lagen innerhalb des Spektrums der diagnostizierten Störungen. Sie finden im Rahmen der Komorbidität Erwähnung. Tabelle 8 zeigt das Spektrum der diagnostizierten Störungen im Einzelnen.

TABELLE 8 SPEKTRUM DER DIAGNOSTIZIERTEN STÖRUNGEN BEI ELTERN UND PATIENTEN

Störung	Bezeichnung n. DSM-IV	Code
<i>Störungen der Kindheit u. Jugend</i>		
Trennungsangst	<i>Separation Anxiety Disorder</i>	309.21
Tic-Störungen:		
vorübergehend	<i>Transient Tic Disorder</i>	307.21
chronisch motorisch o. vokal	<i>Chronic Motor or Vocal Tic Disorder</i>	307.22
<i>affektive Störungen</i>		
Depression	<i>Major Depressive Disorder</i>	296.2x , 296.3x
Depression nnb	<i>Depressive Disorder NOS</i>	311
bipolare Störung	<i>Bipolar II Disorder</i>	296.89
Dysthymie	<i>Dysthymic Disorder</i>	300.4
<i>psychotische Störungen</i>		
wahnhaftige Störung	<i>Delusional Disorder</i>	297.1
<i>Angststörungen</i>		
Panikstörungen:		
ohne Agoraphobie	<i>Panic Disorder Without Agoraphobia</i>	300.01
mit Agoraphobie	<i>Panic Disorder With Agoraphobia</i>	300.21
Agoraphobie	<i>Agoraphobia Without History of Panic Disorder</i>	300.22
Phobien:		
sozial	<i>Social Phobia</i>	300.23
spezifisch	<i>Specific Phobia</i>	300.29
Zwangsstörung	<i>Obsessive-Compulsive Disorder</i>	300.3
generalisierte Angststörung	<i>Generalized Anxiety Disorder</i>	300.02
posttraumat. Belastungstg.	<i>Posttraumatic Stress Disorder</i>	309.81
Angststörung nnb	<i>Anxiety Disorder NOS</i>	300.00
<i>Somatoforme Störungen</i>		
Somatisierungsstörung	<i>Somatization Disorder</i>	300.81
Hypochondrie	<i>Hypochondriasis</i>	300.7
Dysmorphophobie	<i>Body Dysmorphic Disorder</i>	300.7
<i>substanzbezogene Störungen</i>		
Alkoholabhängigkeit	<i>Alcohol Dependence</i>	303.90
Alkoholmißbrauch	<i>Alcohol Abuse</i>	305.00
cannabisinduzierte Psychose	<i>Cannabis-Induced Psychotic Disorder With Delusions</i>	292.11
Phencyclidin-Abhängigkeit	<i>Phencyclidine Dependence</i>	304.90
<i>Eßstörungen</i>		
Anorexia Nervosa	<i>Anorexia Nervosa</i>	307.1
Bulimia Nervosa	<i>Bulimia Nervosa</i>	307.51
Eßstörung nnb	<i>Eating Disorder NOS</i>	307.50
<i>Impuls-Kontroll-Störungen</i>		
Kleptomanie	<i>Kleptomania</i>	312.32
Trichotillomanie	<i>Trichotillomania</i>	312.39
<i>weitere Störungen</i>		
Anpassungsstörung	<i>Adjustment Disorder With Depressed Mood</i>	309.0
amnestische Störung	<i>Amnesic Disorder NOS</i>	294.8
Pädophilie	<i>Pedophilia</i>	302.2

nnb = nicht näher bezeichnet

Der Tabelle 8 liegt als Gliederung die DSM-IV-Klassifikation zugrunde. Im Folgenden wird die Gliederung des SADS-LA-IV-Fragebogens verwendet. Somit finden die Somatoformen Störungen und die Tic-Störungen unter den Angststörungen Berücksichtigung. Die substanzbezogenen Störungen, Impuls-Kontroll- und Eßstörungen werden in der Rubrik "andere Störungen" aufgeführt.

3.2.2 Psychiatrische Störungen der Eltern

Bei 22,2% der Eltern lag die Lebenszeitdiagnose einer affektiven Störung vor. Hierunter waren Frauen signifikant häufiger vertreten (χ^2 -test sig.; $p=0,003$). Unter den Angststörungen kamen Zwangsstörungen bei Männern und Frauen mit insgesamt 3,2% gleich häufig vor. Am häufigsten lagen spezifische Phobien mit 27,0% ohne Geschlechterunterschied vor. Soziale Phobien traten mit 21,9% bei Frauen signifikant häufiger auf ($m=3,2\%$; insges.=12,7%; χ^2 -test sig.; $p=0,026$). Die Lebenszeitprävalenz für Panikstörungen lag mit einem deutlichen Frauenüberschuß bei 9,5%, die für posttraumatische Belastungsstörungen bei 6,1%. Als weitere Angststörungen traten Somatisierungsstörung, Hypochondrie und Dymorphophobie bei 1,6% der Eltern auf. Mit einem deutlichen Männerüberschuß lag insgesamt bei 14,3% der Eltern eine alkoholbezogene Störung vor, hierunter überwiegend Alkoholmißbräuche. Tabelle 9 zeigt die besprochenen Werte.

TABELLE 9 LEBENSZEITPRÄVALENZEN DER ELTERN

Störungen	Lebenszeitpräval. (%)			Statistik	
	m	w	insges.	χ^2	p
Trennungsangst	0	3,1	1,6	0,984	0,321
<i>affektive Störungen</i>					
Depression	3,2	31,4	17,5	8,581	0,003
Depression nnb	0	6,3	3,2	2,001	0,157
Dysthymie	3,2	0	1,6	1,049	0,306
<i>Angststörungen</i>					
Zwangsstörung	3,2	3,1	3,2	0,001	0,982
Panikstörung insges.	3,2	15,6	9,5	2,809	0,094
ohne Agoraphobie	3,2	9,4	6,3	-	-
mit Agoraphobie	0	6,3	3,2	-	-
soziale Phobie	3,2	21,9	12,7	4,940	0,026
spezifische Phobie	25,8	28,1	27,0	0,043	0,836
generalisierte Angststörung	0	6,3	3,2	2,001	0,157
Somatisierungsstörung	0	3,1	1,6	0,984	0,321
Hypochondrie	0	3,1	1,6	0,984	0,321
posttr. Belastungsstörung	3,2	6,3	6,1	0,318	0,573
<i>andere Störungen</i>					
alkoholbezogene Störung	22,6	6,3	14,3	3,429	0,064
Dysmorphophobie	0	3,1	1,6	0,984	0,321

(n=63; m=31, w=32)

3.2.3 Psychiatrische Störungen der Patienten

3.2.3.1 Merkmale der Zwangsstörung

Die Zwangsstörungen der 70 Patienten verliefen in der überwiegenden Zahl kontinuierlich oder progredient. Bei 7,1% der Probanden lag mehr als eine Episode der Störung mit einer vollständigen Remission in der Zwischenphase vor. Die Gesamtdauer der bisherigen Erkrankungsphase belief sich auf durchschnittlich rund 662 Wochen, wobei die Verteilung weit gestreut ist (± 641 Wochen) und die Erkrankungsphase bei nahezu allen Patienten über den Untersuchungszeitpunkt hinaus andauerte. Das Alter bei Beginn der Zwangsstörung betrug 25,2 Jahre für männliche und 22,46 Jahre für weibliche Patienten (insges.=23,8; t-test n. sig., $p=0,354$). Die Spannweite der Alterswerte (m: 51,5; w: 53,3 Jahre) war bei beiden Geschlechtergruppen annähernd gleich, ebenso die Standardabweichung (s. Tabelle 10).

TABELLE 10 MERKMALE DER ZWANGSSTÖRUNG

Geschlecht	n	Alter ¹	episodisch (%)	Dauer (Wochen) ²	Alter bei Beginn ³
männlich	33	37,74 ±14,3	6,0	614,3 ±633,4	25,20 ±12,77
weiblich	37	35,36 ±10,2	8,1	643,8 ±591,4	22,46 ±11,56
insges.	70	36,48 ±12,3	7,1	629,7 ±607,5	23,77 ±12,15

1: t=0,80; df=68; p=0,424
2: t=-0,20; df=67; p=0,842
3: t=0,93; df=67; p=0,354
±...Standardabweichung

3.2.3.2 Komorbidität

Die Lebenszeitdiagnosen, die neben den Zwangsstörungen der Patienten auftrafen, wurden nach den Kriterien der aktuellen DSM-IV-Klassifikation und vergleichshalber auch nach denen der älteren (DSM-III-R) gestellt. Es zeigte sich, daß ein Unterschied in den Prävalenzwerten einer Störung nur bei der Trennungsangststörung vorlag, die nach DSM-III-R eine höhere Rate erreichte. Dies muß in Zusammenhang mit der Änderung des Zeitkriteriums für diese Störung in der aktuellen Version des Kriterienkataloges gesehen werden.

Im Folgenden wird die Komorbidität nach der DSM-IV-Diagnostik beschrieben.

Den größten Anteil komorbider Lebenszeitdiagnosen bei Patienten mit einer Zwangsstörung stellten - in geordneter Reihenfolge - Depressionen, spezifische und soziale Phobien sowie Panikstörungen.

Eine Depression (*Major Depression*) lag bei 60,0% der Patienten vor. Berücksichtigt man zusätzlich den Anteil der nicht näher bezeichneten Depressionen (nmb) (insges.=7,1%), so stellte die Depression die häufigste komorbide Diagnose vor der spezifischen Phobie. Als weitere Störungen aus dem affektiven Spektrum lagen bei 5,7% der Patienten eine bipolare Störung (*Bipolar II Disorder*) und bei 7,1% eine Dysthymie vor.

Von den männlichen Patienten erkrankten insgesamt 87,9% an einer affektiven Störung. Die Verteilung auf die einzelnen Störungen ist mit 54,5% Depression, 12,1% Depression NNB, 9,1% Bipolare Störung und 12,1% Dysthymie etwas aufgefächerter als bei den weiblichen Studienteilnehmern. Hier erkrankten insgesamt 75,7% an einer Störung affektiver Art, der überwiegende Teil mit 64,9% an einer Depression und zu je 2,7% an einer nicht näher bezeichneten Depression, bipolaren

Störung und Dysthymie. Die Unterschiede in der Geschlechterverteilung sind nicht signifikant. Die Tabelle 11 beschreibt die Werte im Einzelnen.

TABELLE 11 KOMORBIDITÄT AFFEKTIVER STÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG

<i>affektive Störungen</i>	Lebenszeitprävalenz (%)				Statistik ¹	
	m	w	subkl.	insges.	χ^2	p
Depression	54,5	64,9	nb	60,0	0,774	0,379
Depression nnb	12,1	2,7	nb	7,1	2,333	0,127
bipolare Störung	9,1	2,7	nb	5,7	1,321	0,250
Dysthymie	12,1	2,7	nb	7,1	2,333	0,127
insges.	87,9	75,7	nb	81,4	1,717	0,190

(n=70; m=33, w=37)

1: Geschlechterverteilung, df=1

nb=nicht bekannt

subkl.=subklinisch

Bei knapp über der Hälfte (insges.=51,4%) der Patienten mit einer Zwangsstörung lag die Diagnose einer spezifischen Phobie vor (siehe Tabelle 12). Unter den weiblichen Patienten wurde die Diagnose bei 59,5% gestellt, der Anteil unter den männlichen Teilnehmern lag mit 42,4% niedriger, unterschied sich jedoch nicht signifikant (χ^2 -test n. sig.; p=0,155).

Hingegen lagen soziale Phobien bei Männern mit 36,4% etwas häufiger vor als bei Frauen mit 29,7% vor (χ^2 -test n. sig.; p=0,555). Der Gesamtwert der Komorbidität für eine soziale Phobie belief sich auf 32,9%.

Der Anteil der Patienten, bei denen sowohl spezifische als auch soziale Phobien vorlagen, betrug für die männlichen Teilnehmer 24,3% und nur 2,7% für die weiblichen.

Panikstörungen ohne oder mit Agoraphobie wurden bei 20,0% der Patienten diagnostiziert. Unter den Frauen machte dies einen Anteil von 29,7% aus, der dreimal so hoch lag wie der der Männer mit 9,1%. Die Anteile unterschieden sich signifikant (χ^2 -test sig.; p=0,031). Die Differenzierung zwischen den beiden Formen der Störung zeigte bei beiden Geschlechtern einen doppelt so hohen Anteil der Panikstörung ohne Agoraphobie gegenüber der Form mit Agoraphobie (m: "ohne"=6,1%, "mit"=3,0%; w: "ohne"=21,6%, "mit"=10,8). Es gab einen Fall weiblicherseits mit beiden Diagnosen, die sich auf unterschiedliche Zeiträume bezogen.

Als weitere Angststörungen traten generalisierte Angststörungen bei insgesamt 7,1%, Hypochondrien bei insgesamt 5,7% der Patienten auf. Eine Agoraphobie ohne

Panikstörung kam in einem weiblichen Fall vor (insges.=1,4%). Mit jeweils 2,9% lagen Tic-Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen vor. Eine Somatisierungsstörung trat ausschließlich unter Frauen mit insgesamt 2,9% auf. Darüber hinaus lag eine nicht näher bezeichnete Angststörung in einem männlichen Fall vor (insges.=1,4%). Bei jedem zehnten Patienten (insges.=11,4%; m=12,1%; w=10,8%) wurde die Diagnose einer Trennungsangststörung während der Kindheit gestellt.

TABELLE 12 KOMORBIDITÄT DER ANGSTSTÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG

<i>Angststörungen</i>	Lebenszeitprävalenz (%)				Statistik ¹	
	m	w	subkl.	insges.	χ^2	p
Panikstörung insges.	9,1	29,7	nb	20,0	4,643	0,031
ohne Agoraphobie	6,1	21,6	nb	14,2	3,449	0,063
mit Agoraphobie	3,0	10,8	nb	7,1	1,592	0,207
Agoraphobie	0	2,7	nb	1,4	0,905	0,341
soziale Phobie	36,4	29,7	2,9	32,9	0,348	0,555
spezifische Phobie	42,4	59,5	1,4	51,4	2,026	0,155
generalisierte Angststörung	3,0	10,8	nb	7,1	1,592	0,207
Somatisierungsstörung	0	5,4	1,4	2,9	1,836	0,175
Hypochondrie	9,1	2,7	4,3	5,7	1,321	0,250
Tic-Störung	3,0	2,7	nb	2,9	0,007	0,935
posttr. Belastungsstörung	3,0	2,7	1,4	2,9	0,007	0,935
Angststörung nnb	3,0	0	nb	1,4	1,134	0,286
Trennungsangst	12,1	10,8	8,6	11,4 (15,7)*	0,312	0,576

(n=70; m=33, w=37)

1: Geschlechterverteilung, df=1
nb=nicht bekannt

* DSM-III-R-Werte in Klammern bei Differenz zu DSM-IV
subkl.=subklinisch

Nach der Beschreibung der Komorbidität für affektive Störungen und für Angststörungen sind nun die substanzbezogenen Störungen, Eßstörungen sowie die Dysmorphophobien zu erwähnen.

Alkoholbezogene Störungen bestanden bei 14,2% der Patienten. Der Anteil unter den Frauen war leicht höher als bei den Männern (m=12,1%; w=16,2%), innerhalb dieser Störungsgruppe dominierte der Alkoholmißbrauch über die Alkoholabhängigkeit. Substanzbezogenen Störungen, die sich nicht auf Alkohol bezogen, kamen geschlechterindifferent mit 2,9% seltener vor.

Innerhalb des Studienkollektivs bestand die komorbide Diagnose einer Eßstörung nur bei Frauen. Hierunter war die Bulimia nervosa am häufigsten vertreten (ins-

ges.=5,7%; w=10,8%) und näherte sich von der Geschlechterdifferenz her dem Signifikanzniveau (χ^2 -test; p=0,052). Der Anteil nicht näher bezeichneter Eßstörungen (insges.=2,9%; w=5,4%) war größer als der für Anorexia nervosa (insges.=1,4%; w=2,7%). Somit erkrankten insgesamt 18,9% der Frauen an einer Eßstörungen (insges.=10,0%).

Eine Dysmorphophobie wurde bei 4,3% der Patienten beobachtet, und zwar in zwei männlichen Fällen (m=6,1%) und einem weiblichen (w=2,7%).

Die weiteren in Tabelle 13 aufgeführten Störungen (wahnhafte Störung, Anpassungsstörung, Amnestische Störung, Pädophilie, Kleptomanie und Trichotillomanie) lagen jeweils nur in Einzelfällen vor und werden hier nicht weiter besprochen.

TABELLE 13 KOMORBIDITÄT WEITERER STÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG

weitere Störungen	Lebenszeitprävalenz (%)				Statistik ¹	
	m	w	subkl.	insges.	χ^2	p
alkoholbezogene Störungen	12,1	16,2	nb	14,2	0,030	0,863
Alkoholabhängigkeit	3,0	8,1	nb	5,7	0,835	0,361
Alkoholmißbrauch	9,1	10,8	nb	10,0	0,057	0,811
substanzbezogene Störungen o.a.S.	3,0	2,7	nb	2,9	0,007	0,935
Anorexia Nervosa	0	2,7	1,4	1,4	0,905	0,341
Bulimia Nervosa	0	10,8	0	5,7	3,783	0,052
Eßstörung nnb	0	5,4	nb	2,9	1,836	0,175
Dysmorphophobie	6,1	2,7	nb	4,3	0,479	0,489
Anpassungsstörung	0	2,7	nb	1,4	0,905	0,341
amnestische Störung	3,0	0	nb	1,4	1,137	0,286
Pädophilie	3,0	0	nb	1,4	1,137	0,282
Kleptomanie	0	2,7	nb	1,4	0,905	0,341
Trichotillomanie	0	2,7	nb	1,4	0,905	0,341

(n=70; m=33, w=37)

1: Geschlechterverteilung, df=1

o.a.S.=ohne alkoholbezogene Störungen

nb=nicht bekannt

subkl.=subklinisch

3.3 Zeitliche Charakteristik der Störungen

3.3.1 Reihenfolge der Erkrankungszeitpunkte

Zur Untersuchung der zeitlichen Beziehung zwischen einer Zwangsstörung und weiteren komorbiden Lebenszeitdiagnosen wurden die Erkrankungszeitpunkte der

einzelnen Störungen für jeden Fall erhoben. Es wurde eine zeitliche Reihenfolge der Erkrankungen ermittelt und in der folgenden Tabelle 14 dargestellt.

Die Anzahl der berücksichtigten Patienten reduzierte sich auf $n=67$, da nicht bei allen Teilnehmern ein eindeutiger zeitlicher Verlauf aller Lebenszeitstörungen eruiert werden konnte. War der Erkrankungszeitpunkt zweier Störungen diagnostisch nicht trennbar, gingen beide gleichberechtigt in die Reihenfolgebewertung ein. Nicht berücksichtigt wurden bei der zeitlichen Analyse die Diagnosen Eßstörung, Dysmorphophobie, Trichotillomanie, Kleptomanie und Pädophilie. In die Bewertung gingen also vorhandene affektive und psychotische Störungen, Angststörungen und substanzbezogene Störungen ein.

TABELLE 14 REIHENFOLGE DER ERKRANKUNGSZEITPUNKTE BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG

Störungen	m (% , n=31)						w (% , n=36)						insges. (% , n=67)					
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Trennungsangststörung	9,7	-	-	-	-	-	5,6	-	-	-	-	-	7,5	-	-	-	-	-
<i>affektive Störungen</i>																		
Depression (+nbn)	6,5	29,0	9,7	19,4	-	-	8,3	22,2	22,2	13,9	-	2,8	7,5	25,4	16,4	16,4	-	1,5
bipolare Störung	-	6,5	3,2	-	-	-	-	-	2,8	-	-	-	-	3,0	3,0	-	-	-
Dysthymie	-	-	9,7	3,2	-	-	-	-	-	2,8	-	-	-	-	4,5	3,0	-	-
<i>psychotische Störungen</i>																		
wahnhaftige Störung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	-	-	-	-	-	1,5	-	-
<i>Angststörungen</i>																		
Zwangsstörung	32,3	29,0	29,0	3,2	6,5	-	30,6	38,9	13,9	16,7	-	-	31,3	34,3	20,9	10,4	3,0	-
Panikstörung	-	6,5	3,2	-	-	-	-	5,6	16,7	8,3	-	-	-	6,0	10,4	4,5	-	-
Agoraphobie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	-	-	-	-	-	1,5	-
soziale Phobie	12,9	9,7	9,7	6,5	-	-	22,2	8,3	2,8	-	-	-	17,9	9,0	6,0	3,0	-	-
spezifische Phobie	32,3	6,5	3,2	-	-	-	41,7	13,9	2,8	-	-	-	37,3	10,4	3,0	-	-	-
generalisierte Angststörung	-	3,2	-	-	-	-	2,8	2,8	5,6	-	-	-	1,5	3,0	3,0	-	-	-
Somatisierungsstörung	-	-	-	-	-	-	-	5,6	-	-	-	-	-	3,0	-	-	-	-
Hypochondrie	3,2	6,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	1,5	3,0	-	-	-	1,5
Tic-Störung	-	3,2	-	-	-	-	-	-	-	2,8	-	-	1,5	1,5	-	1,5	-	-
posttr. Belastungsstörung	3,2	-	-	-	-	-	2,8	-	-	-	-	-	3,0	-	-	-	-	-
Angststörung nbn	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	-	-	-	-	-
<i>andere Störungen</i>																		
alkoholbezogene Störung	-	3,2	3,2	-	3,2	-	-	8,3	2,8	-	2,8	-	-	6,0	3,0	-	3,0	-
substanzbezog. Stg. o.a.S.	-	-	3,2	-	-	-	-	-	-	-	2,8	-	-	-	1,5	-	1,5	-

nbn = nicht näher bezeichnet; o.a.S. = ohne alkoholbezogene Störungen

Die folgende Besprechung berücksichtigt die Erkrankungszeitpunkte und die Reihenfolgeverteilung der Zwangsstörung, der affektiven Störungen, die der übrigen Angsterkrankungen und schließlich die aller weiteren Störungen in der genannten Reihenfolge.

Eine Zwangsstörung trat sowohl als Erst- sowie auch als Folgeerkrankung bis zur Fünfterkrankung auf. Sie trat am häufigsten, in je einem Drittel der Fälle, als Zweit- (insges.=34,3%) und Ersterkrankung (insges.=31,3%) auf und zeigte dann eine anteilmäßig kontinuierlich fallende Tendenz in der Reihenfolgeverteilung bis hin zur Fünfterkrankung (nur männlich; ges=3,0%). Bei 20,9% lag der Erkrankungszeitpunkt an dritter und bei 10,4% an vierter Stelle.

Differenziert nach dem Geschlecht fand sich beim Anteil männlicher Patienten eine kontinuierlich fallende Tendenz von der Ersterkrankung (32,2%) bis hin zur Fünfterkrankung (6,5%). Unter den Frauen dagegen trat eine Zwangsstörung am häufigsten als Zweiterkrankung auf (38,9%). Der Anteil der Ersterkrankungen lag nur bei 30,6%. Die weitere Reihenfolgeverteilung bezifferte sich auf 13,9% als Dritt- und 16,7% als Vierterkrankungen.

Der Quotient aus der Häufigkeit der Zwangsstörung als Ersterkrankung/ Folgeerkrankung betrug $m=0,47$ und $w=0,44$ (insges.=0,46).

Unter den affektiven Störungen traten Depressionen und nicht näher bezeichnete Depressionen bei Patienten mit Zwangsstörung selten als Ersterkrankung auf (insges.=7,5%; $m=6,5\%$; $w=8,3\%$). In einem Viertel der Fälle trat eine Depression als Zweiterkrankung (insges.=25,4%; $m=29,0$; $w=22,2$) auf. Seltener, in je 16,4% der Fälle ($m=9,7\%$; $w=22,2\%$) war sie Dritt- bzw. Vierterkrankung ($m=19,4\%$; $w=13,9\%$). In einem weiblichen Fall stand der Erkrankungszeitpunkt an sechster Stelle (insges.=1,5; $w=2,8$).

Das Häufigkeitsverhältnis der Depression - einschließlich der nicht näher bezeichneten - aus Ersterkrankung/ Folgeerkrankung betrug $m=0,11$ und $w=0,14$ (insges.=0,13).

Die Bipolare Störung trat zu je 3,0% nur als Zweit- und Dritterkrankung auf, die Dysthymie stand ausschließlich an zeitlich gesehen dritter und vierter Stelle mit 4,5% bzw. 3,0%.

Zusammenfassend gesagt, traten in unserem Kollektiv affektive Störungen ganz überwiegend als Zweit- oder später folgende Erkrankung auf.

An übrigen Angststörungen traten spezifische Phobien nur als Erst-, Zweit- oder Dritterkrankung auf. Hierbei litten 37,3% der Patienten an einer spezifischen Phobie als Ersterkrankung. Unter den Frauen war die Ersterkrankungsrate mit 41,7% höher als bei den Männern mit 32,3%. Eine spezifische Phobie als Zweiterkrankung trat bei 10,4% (m=6,5%; w=13,9%) und als Dritterkrankung in je einem weiblichen und männlichen Fall auf (insges.=3,0%; m=3,2; w=2,8%). Das Häufigkeitsverhältnis aus Ersterkrankung zu Folgeerkrankung dieser Störung lag bei m=3,3 und w=2,5 (insges.=2,8).

Eine soziale Phobie stellte bei 17,9% der Patienten die Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung dar (m=12,9%; w=22,2%). Mit fallender Tendenz folgten die nächsten Plätze der zeitlichen Verteilung mit insgesamt 9,0%, 6,0% und 3,0%. Unter den männlichen Teilnehmern war dies ein Anteil von je 9,7% als Zweit- und Dritterkrankung und 6,5% als Vierterkrankung. Auf der weiblichen Teilnehmerseite trat bei 8,3% eine soziale Phobie als Zweit- und bei 2,8% als Drittstörung auf. Das Verhältnis Ersterkrankung/ Folgeerkrankung betrug unter den betroffenen Männern 0,5 und unter den Frauen 2,0 (insges.=1,0).

Die Reihenfolgeverteilung bei der Panikstörung zeigte, daß sie in keinem Fall die Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung war. Am häufigsten lag die Störung mit 10,4% als Dritt-, seltener mit 6,0% als Zweit- bzw. mit 4,5% als Vierterkrankung vor. Die Reihenfolgeverteilung wurde aufgrund des in Tabelle 12 beschriebenen Frauenüberschusses unter den Patienten mit der Diagnose einer Panikstörung überwiegend durch die Daten der weiblichen Teilnehmer bestimmt. Während sie unter den Männern zu 6,5% als Zweit- und zu 3,2% als Dritterkrankung auftrat, war sie unter den Frauen bei 5,6% Zweit-, bei 16,7% Dritt- und bei 8,3% Vierterkrankung.

Die Generalisierte Angststörung, Somatisierungsstörung, Hypochondrie, Tourette- und Tic-Störung, posttraumatische Belastungsstörung und die nicht näher bezeichnete Angststörung lassen aufgrund ihrer niedrigen Lebenszeitprävalenzraten keine aussagekräftige Beschreibung der Erkrankungszeitpunkte zu.

Die in der Tabelle 14 aufgeführte wahnhafte Störung trat in einem weiblichen Fall als vierte Erkrankung, 15 Jahre nach der Diagnose einer Zwangsstörung auf und wurde als unabhängig zum vorangehenden zeitlichen Erkrankungsverlauf angesehen.

Die Lebenszeitprävalenzraten der substanzbezogenen Störungen waren ebenfalls niedrig. Sie traten in keinem Fall als Erstdiagnose auf. Bei 6,0% (m=3,2%; w=8,3%) der Patienten war eine alkoholbezogene Störung die Zweiterkrankung, bei 3,0% (m=3,2%; w=3,2%) stellte sie die Dritt- und bei 3,0% (m=3,2%; w=2,8%) die Fünft-diagnose. Die sonstigen Substanzbezogenen Störungen stellten je einmal die Dritt- und die Fünftdiagnose.

3.3.2 Alter bei Beginn der Störungen

Die Auswertung des Alters bei Beginn einer Störung konzentriert sich auf die Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz $\geq 10\%$ in unserer Stichprobe, da zu niedrige Fallzahlen ausgeschlossen werden sollen. Tabelle 15 zeigt die Werte, Diagramm 1 die Boxplot-Darstellungen des durchschnittlichen Alters bei Beginn für die Störungen Depression (nicht näher bezeichnete inbegriffen), Zwang, Panik, soziale und spezifische Phobie, Trennungsangst und alkoholbezogene Störungen. Zusätzlich sind zwei zusammenfassende Felder für das Alter bei Beginn der affektiven und der Angststörung (Trennungsangst inbegriffen) dargestellt, in denen auch die zugehörigen Störungen mit Lebenszeitprävalenzraten $< 10\%$ Berücksichtigung finden.

TABELLE 15 ALTER BEI BEGINN DER STÖRUNGEN (LEBENSZEITPRÄVALENZ $\geq 10\%$)

Störung	n	m	w	insges.
Depression (+n nb)	47	26,4 \pm 13,1	27,0 \pm 10,6	26,7 \pm 11,7
affektive insges.	52	26,2 \pm 12,1	26,6 \pm 10,3	26,4 \pm 11,1
Zwang ¹	69	25,2 \pm 12,8	22,5 \pm 11,6	23,8 \pm 12,2
Panik	14	27,5 \pm 20,0	27,1 \pm 12,1	27,2 \pm 13,2
soziale Phobie ²	21	17,7 \pm 12,6	11,2 \pm 5,9	14,6 \pm 10,3
spezifische Phobie ³	32	7,8 \pm 3,2	9,7 \pm 6,1	9,0 \pm 5,3
Trennungsangst ⁴	5	3,9 \pm 1,8	5,2 \pm 1,9	4,4 \pm 1,7
Angst insges. ⁵	70	18,0 \pm 13,7	11,6 \pm 7,5	14,6 \pm 11,3
alkoholbezogene ⁶	8	21,0 \pm 2,9	32,5 \pm 11,3	28,2 \pm 10,5

n= Anzahl in Berechnung eingegangener Fälle

1: t-test n. sig.; t=0,93; df=67; p=0,354

3: t-test n. sig.; t=-0,96; df=30; p=0,345

5: t-test sig.; t=2,37; df=48,3; p=0,022

2: t-test n. sig.; t=1,48; df=19; p=0,156

4: t-test n. sig.; t=-0,73; df=3; p=0,516

6: t-test n. sig.; t=-2,15; df=4,8; p=0,087

Das mittlere Alter bei Beginn einer affektiven Störung betrug 26,4 Jahre ($m=26,2$; $w=26,6$) und wurde hauptsächlich durch die Erkrankungsalter der Depression und der nicht näher bezeichneten Depression bestimmt (insges.=26,7; $m=26,4$; $w=27,0$).

Zusammengefaßt hatten Angststörungen ihren mittleren Erkrankungsbeginn bei 14,6 Jahren, wobei Frauen signifikant früher als Männer erkrankten ($m=18,0$; $w=11,6$). In dieser Gruppe zählten Zwangs- und Panikstörung zu den Erkrankungen mit Beginn im Erwachsenenalter und, definitionsgemäß, Trennungsangststörung, aber auch spezifische Phobie zu denen mit Beginn während der Kindheit. Der Erkrankungsbeginn für die soziale Phobie lag durchschnittlich im Jugendlichenalter (14,6).

Das Alter bei Beginn einer Zwangsstörung (insges.=23,8) fand bereits in Abschnitt 3.2.3.1 Erwähnung. Es lag für Männer bei 25,2 und für Frauen bei 22,5 Jahren.

Der Erkrankungszeitpunkt für eine Panikstörung lag im Durchschnitt bei 27,2 Jahren und war geschlechterindifferent ($m=27,5$; $w=27,1$), allerdings war die berechenbare Fallzahl auf männlicher Seite sehr gering ($n=3$).

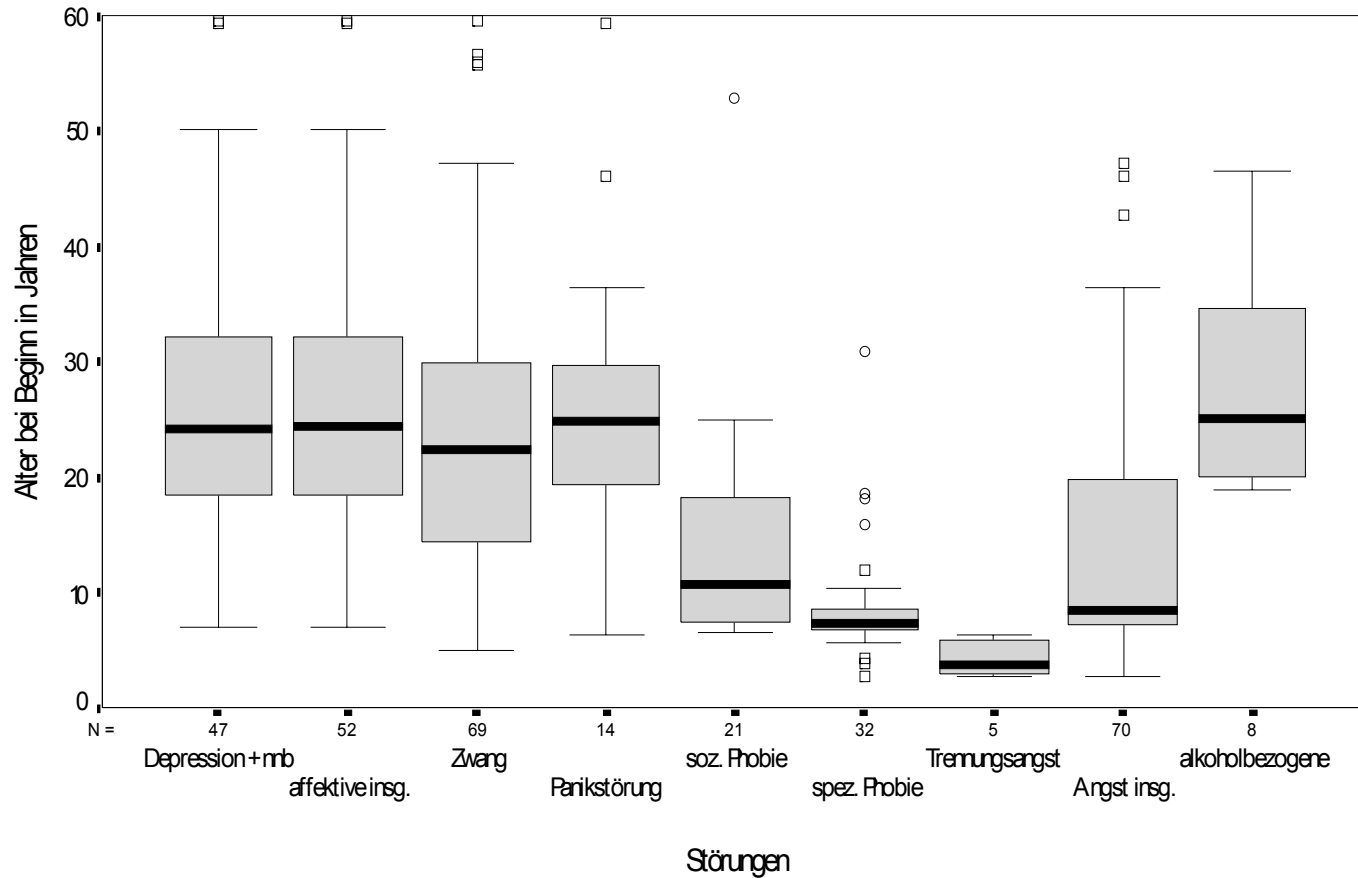
Der Erkrankungsbeginn für eine soziale Phobie war mit 11,2 Jahren auf weiblicher Seite deutlich niedriger als mit 17,7 auf männlicher (insges.=14,6). Zudem war die Spannweite des Erkrankungsalters bei den Frauen mit 24,4 Jahren gegenüber 46,3 Jahren bei den Männern deutlich geringer.

Über 50% der Patienten hatten die Lebenszeitdiagnose einer spezifischen Phobie. Das Erkrankungsalter für die Phobie lag durchschnittlich in der Kindheit bei 9,0 Jahren und somit 14,8 Jahre vor dem mittleren Erkrankungszeitpunkt einer Zwangsstörung ($\bar{x}_m=17,8$; $\bar{x}_w=12,8$). Die Verteilung der Alterswerte für die spezifische Phobie war trotz einer Spannweite von 28,1 Jahren sehr homogen ($\sigma=\pm 5,3$; $s^2=28,5$; Median=7,5) und geschlechterindifferent.

Das Alter bei Beginn für eine Trennungsangststörung belief sich auf durchschnittlich 4,4 Jahre ($m=3,9$; $w=5,2$), eine geringe berechenbare Fallzahl ist zu berücksichtigen ($n=5$).

Die alkoholbezogenen Störungen hatten ihren Ausbruch im Mittel bei 28,2 Jahren, bei Männern erheblich früher als bei Frauen ($m=21,0$; $w=32,5$) (t-test n. sig.).

DIAGRAMM 1 BOX-PLOT ZUM ALTER BEI BEGINN DER STÖRUNGEN



Erklärung zur Box-Plot-Darstellung

Die untere und obere Grenze eines Plots repräsentiert das untere und obere Quartil. Die Länge einer Box entspricht dem Interquartilbereich, eine Box enthält die mittleren 50% der Werte einer Gruppe. Der Balken in der Box gibt die Lage des Medians wieder. Die von den Boxen ausstrahlenden Linien (whiskers) reichen jeweils bis zum letzten Wert, der weniger als einen Interquartilbereich außerhalb der Box liegt. Mit '◻' werden Ausreißer bezeichnet, die außerhalb dieses Bereichs, aber weniger als das 1,5-fache des Interquartilbereichs außerhalb der Box liegen. Ein '○' bezeichnet Extremwerte, die mehr als das 1,5-fache des Interquartilbereichs außerhalb der Box liegen.

3.4 Ersterkrankung und Lebenszeitverlauf

Die bisherige Datenbeschreibung zeigte zum einen, daß die Werte für komorbide Lebenszeitdiagnosen unter den Studienteilnehmern für die Störungen Depression, soziale und spezifische Phobien, Panik- sowie alkoholbezogene Störungen sehr hoch waren. Zum anderen ergab die Beschreibung der Reihenfolgeverteilung innerhalb dieser Störungen Muster mit großen Unterschieden. Um einen Zusammenhang zwischen Auftretensreihenfolge und Auftretenshäufigkeit einer Störung zu untersuchen, soll überprüft werden, inwieweit die psychiatrische Ersterkrankung den weiteren Lebenszeitverlauf beeinflußt. Hierzu wurde das Patientenkollektiv jeweils anhand der drei häufigsten Ersterkrankungen, der spezifischen Phobie, der Zwangsstörung und der sozialen Phobie, klassifiziert (*Untersuchungsgruppen*) und im Hinblick auf den Verlauf der Zwangsstörung selbst und das Auftreten und den Verlauf affektiver Störungen mit den übrigen Patienten verglichen (*Vergleichsgruppen*). Die folgende Tabelle 16 beschreibt die Ergebnisse.

TABELLE 16 LEBENSZEITVERLAUF BEI PATIENTEN MIT UNTERSCHIEDLICHEN ERSTERKRANKUNGEN

Ersterkrankung	n	w (%)	Alter	Zwangsstörung		Angststörungen	affektive Störungen		
				Alter bei Beginn	Dauer (Wochen)	Anzahl insges.	Lebenszeitprävalenz	Alter bei Beginn	Auftreten vor Zwang
spezifische Phobie	25	60,0	36,5 ±13,6	25,9 ±15,5	555,4 ±535,4	2,960 ±0,841	64,0% (n=16)	25,9 ±11,7	40,0%*
sonstige	42	50,0	35,7 ±10,6	21,7 ±9,0	666,4 ±651,8	2,095 ±1,165	81,0% (n=34)	26,8 ±11,3	27,3%*
Statistik		$\chi^2=0,630$ df=1 p=0,427 OR=1,50	t=0,27 df=65 p=0,788	t=1,24 df=33,64 p=0,222	t=0,72 df=65 p=0,475	t=3,51 df=62,5 p=0,001	$\chi^2=2,38$ df=1 p=0,123 OR=0,42	t=0,26 df=48 p=0,795	$\chi^2=0,78$ df=1 p=0,378 OR=1,78
Zwangsstörung	21	52,4	35,2 ±11,7	19,0 ±9,7	789,2 ±744,1	1,524 ±0,928	81,0% (n=17)	29,0 ±11,2	-
sonstige	46	54,3	36,3 ±11,8	25,2 ±12,4	550,0 ±529,1	2,826 ±0,973	71,7% (n=33)	25,2 ±11,3	46,9%*
Statistik		$\chi^2=0,022$ df=1 p=0,881 OR=0,924	t=-0,36 df=65 p=0,724	t=-2,04 df=65 p=0,046	t=1,33 df=29,6 p=0,194	t=-5,15 df=65 p<0,0005	$\chi^2=0,65$ df=1 p=0,421 OR=1,67	t=1,11 df=48 p=0,272	-
soziale Phobie	12	66,6	39,2 ±13,4	28,2 ±10,6	500,8 ±577,0	2,833 ±1,115	50,0% (n=6)	28,7 ±12,3	50,0%
sonstige	55	50,9	35,3 ±11,3	22,1 ±12,0	652,1 ±617,7	2,327 ±1,123	80,0% (n=44)	26,2 ±11,3	28,6%**
Statistik		$\chi^2=0,984$ df=1 p=0,321 OR=1,929	t=1,05 df=65 p=0,299	t=1,63 df=65 p=0,107	t=-0,78 df=65 p=0,440	t=1,42 df=65 p=0,162	$\chi^2=4,68$ df=1 p=0,030 OR=0,25	t=0,5 df=48 p=0,621	$\chi^2=1,12$ df=1 p=0,289 OR=2,5

* berücksichtigte Anzahl=n-1

** berücksichtigte Anzahl=n-2

OR=Odds-Ratio

3.4.1 Ersterkrankung: spezifische Phobie

Innerhalb der Gruppe von Patienten, deren psychiatrische Ersterkrankung eine spezifische Phobie war, gab es im Vergleich zu Patienten mit beliebiger psychiatrischer Ersterkrankung eine leichte Überrepräsentierung der Frauen (60,0%; χ^2 -test n. sig.; Odds-Ratio=1,5). Das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung wies zwischen den Gruppen keinen nennenswerten Unterschied auf.

Die Zwangsstörung trat durchschnittlich 4,2 Jahre später auf als bei der Vergleichsgruppe auf (t-test n. sig.; $p=0,222$), ihre Dauer war im Mittel 2,1 Jahre kürzer (t-test n. sig.; $p=0,475$).

Bei einem Patienten der Untersuchungsgruppe traten im Durchschnitt 2,96 Angststörungen auf, während dieser Wert bei der Vergleichsgruppe mit 2,095 Angststörungen pro Patient signifikant niedriger war (t-test; $p=0,001$).

Die Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen war mit 64% um 17% niedriger als in der Gruppe mit einer anderen Erstdiagnose (χ^2 -test n. sig.; $p=0,123$; Odds-Ratio=0,42), während sich das Alter bei Beginn dieser Störungen nicht wesentlich unterschied. Die Anzahl der Fälle, in denen eine affektive Störung vor der Zwangsstörung auftrat, war in der Gruppe mit einer spezifischen Phobie als Ersterkrankung um 12,7% höher (χ^2 -test n. sig.; $p=0,378$; OR=1,8).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Zwangspatienten, deren psychiatrische Erstmanifestation eine spezifische Phobie war, häufiger an Angststörungen erkrankten, als dies bei Zwangspatienten mit einer anderen Erstmanifestation der Fall war. Weiter zeigten sie die Tendenz, an einer affektiven Störung insgesamt seltener, dafür aber häufiger vor der Zwangsstörung zu erkranken.

3.4.2 Ersterkrankung: Zwangsstörung

Das Verhältnis der Geschlechter kann sowohl in der Untersuchungsgruppe, deren Ersterkrankung eine Zwangsstörung war, als auch in der entsprechenden Vergleichsgruppe als ausgewogen bezeichnet werden. Ebenso unterschieden sich die Durchschnittsalter der Gruppen zum Zeitpunkt der Exploration nur unwesentlich.

War die Zwangsstörung die Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung, betrug das Alter bei Beginn der Störung mit 19,0 Jahren signifikant weniger als bei Patienten, die bereits an einer vorangegangenen Störung litten (25,2 Jahre; t-test:

$p=0,046$), auch persistierte die Zwangsstörung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung im Mittel 4,6 Jahre länger (t-test n. sig.; $p=0,194$). Die Anzahl der Angststörungen insgesamt lag in der Untersuchungsgruppe jedoch mit durchschnittlich 1,534 pro Patient signifikant niedriger als bei der Vergleichsgruppe (2,826/ Patient; t-test: $p<0,0005$).

Der Vergleich der affektiven Störungen zwischen den Gruppen ergab, daß die Lebenszeitprävalenz mit 81% in der Untersuchungsgruppe um 9,3% höher war (χ^2 -test n. sig.; $p=0,421$; $OR=1,7$). Das entsprechende Erkrankungsalter war um 3,8 Jahre höher (t-test n. sig.; $p=0,272$). Ein Reihenfolgevergleich zwischen Zwangsstörung und affektiver Störung ist unter dieser Klassifikation unzulässig. Inwieweit affektive Störungen direkt oder erst später folgten, wird in Kapitel 3.5 beschrieben. Dort wird auf diese Ersterkrankungsgruppe näher eingegangen.

Festzuhalten ist, daß bei einer Zwangsstörung ein deutlich niedrigeres Alter bei Beginn vorlag, wenn ihr keine andere Störung vorausging. War dies der Fall, erkrankten die Patienten seltener an Angsterkrankungen. Sie zeigten die vage Tendenz, häufiger und zu einem späteren Zeitpunkt an affektiven Störungen zu erkranken.

3.4.3 Ersterkrankung: soziale Phobie

Unter den Patienten mit einer sozialen Phobie als Ersterkrankung herrschte bei geringer Fallzahl ein Frauenüberschuß (66,6%) (χ^2 -test n. sig.; $p=0,321$; Odds-Ratio=1,9), obwohl die Lebenszeitprävalenz dieser Störung auf männlicher Seite höher war. Das Geschlechterverhältnis war in der zugehörigen Vergleichsgruppe hingegen ausgewogen. Im Durchschnittsalter unterschieden sich die Gruppen um 3,9 Jahre (t-test n. sig.).

Eine Zwangsstörung trat in der Untersuchungsgruppe im Mittel 6,1 Jahre später auf als bei der Vergleichsgruppe (t-test n. sig.; $p=0,107$). Die Dauer der Störung betrug zum Zeitpunkt der Datenerhebung mit 9,6 Jahren etwa 3 Jahre weniger. Die Anzahl der Angststörungen pro Person belief sich auf 2,83 und lag somit um ca. 0,5 höher (t-test n- sig.; $p=0,162$) als bei den Patienten der Vergleichsgruppe.

Die Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen lag in der Untersuchungsgruppe um 30% niedriger als bei Patienten mit einer anderen Ersterkrankung. Dieser Unterschied erreicht Signifikanzniveau, basiert jedoch auf einer sehr geringen Fallzahl ($n=6$). Das Alter bei Beginn dieser Störungen unterschied sich hingegen nicht we-

sentlich. Die affektiven Störung traten bei der Hälfte (50,0%) der Patienten der Untersuchungsgruppe vor der Zwangsstörung auf, dies war in der Vergleichsgruppe nur bei etwa einem Drittel (28,6%) der Fall.

Zusammengefaßt bedeutet dies, daß Patienten mit einer sozialen Phobie als erste psychiatrische Erkrankung eine schwache Tendenz zeigten, an einer Zwangsstörung zu einem späteren Zeitpunkt, an Angststörungen insgesamt etwas häufiger und an affektiven Störungen seltener zu erkranken.

Der Vergleich der drei Untersuchungsgruppen untereinander läßt erkennen: War die Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung eine spezifische oder soziale Phobie, traten in unserem Kollektiv mehr Angsterkrankungen auf, war sie eine Zwangsstörung, traten signifikant weniger Angsterkrankungen auf als bei Patienten mit einer sonstigen psychiatrischen Ersterkrankung. Von den drei Ersterkrankungsgruppen hatte die der Zwangsstörung die höchste Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen.

3.5 Zwangsstörung als Ersterkrankung

Es soll nun unter Beibehaltung der in Kapitel 3.4 eingeführten Unterteilung der Patienten in Untersuchungs- und Vergleichsgruppe auf die einzelnen aufgetretenen Angststörungen und affektiven Störungen im Hinblick auf die Zwangsstörung als Ersterkrankung eingegangen werden. Als weitere, nicht näher besprochenen Störungen, sind die alkoholbezogenen Störungen zu nennen, die in der Untersuchungsgruppe eine Lebenszeitprävalenz von 23,8%, in der Vergleichsgruppe von 8,7% erreichten.

3.5.1 Komorbide Angststörungen

Wie in 3.4.2 erwähnt, war die Gesamtzahl der Angststörungen bei Patienten mit einer Zwangsstörung als Erstdiagnose signifikant niedriger als bei Patienten mit einer anderen Erstdiagnose. Im einzelnen verteilten sich die Lebenszeitprävalenzen für Angststörungen in beiden Gruppen wie folgt (siehe Tabelle 17): Zur Zwangsstörung als Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung kamen bei 23,8% der Untersuchungsgruppe eine spezifische und bei 14,3% eine soziale Phobie hinzu. Bei jeweils

4,8% traten eine Panikstörung, generalisierte Angststörung oder Hypochondrie auf. In der Vergleichsgruppe waren vor allem diejenigen Werte für Störungen wesentlich höher, deren durchschnittliches Alter bei Beginn unterhalb des Alters bei Beginn für die Zwangsstörung lag (19,0 Jahre bei Zwangsstörung als Ersterkrankung). Dies traf für die Trennungsangststörung (17,4%), die soziale (43,5%) und spezifische Phobie (63,0%) zu. Aber auch die Lebenszeitprävalenzen aller weiteren Angststörungen waren höher, nämlich die der Panikstörung (28,3%), generalisierten Angststörung (8,7%), Hypochondrie (6,5%), Somatisierungs-, Tic- und posttraumatischen Belastungsstörung (je 4,3%), sowie die der Agoraphobie und der nicht näher bezeichneten Angststörung (je 2,2%).

TABELLE 17 KOMORBIDE ANGSTSTÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG ALS ERSTERKRANKUNG

<i>Angststörungen</i>	LZP (%) bei Ersterkrankung	
	Zwangsstörung n=21	sonstige n=46
Trennungsangst	0	17,4
Panikstörung	4,8	28,3
Agoraphobie	0	2,2
soziale Phobie	14,3	43,5
spezifische Phobie	23,8	63,0
generalisierte Angststörung	4,8	8,7
Somatisierungsstörung	0	4,3
Hypochondrie	4,8	6,5
Tic-Störung	0	4,3
posttraumatische Belastungsstörung	0	4,3
Angststörung nnb	0	2,2
Alter bei Beginn der Angststörung ¹	19,0 ±9,7	11,5 ±10,1

1: t=2,83; df=65; p=0,006

LZP = Lebenszeitprävalenz

3.5.2 Komorbide affektive Störungen

Die Rate komorbider affektiver Störungen war bei der Patientengruppe, die zuerst an einer Zwangsstörung erkrankte, mit 81,1% um rund 10% höher als bei der Vergleichsgruppe (siehe Tabelle 18). Die Verteilung auf die einzelnen affektiven Diagnosen entsprach sich in beiden Gruppen mit einem überwiegenden Anteil an Depressionen. Der einzige Unterschied bestand bei den Dysthymien, die in der Untersuchungsgruppe nicht, und in der Vergleichsgruppe mit 10,9% vertreten waren.

TABELLE 18 KOMORBIDE AFFEKTIVE STÖRUNGEN BEI PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG ALS ERSTERKRANKUNG

<i>affektive Störungen</i>	LZP (%) bei Ersterkrankung	
	Zwangsstörung	sonstige
Depression	61,9	58,7
Depression nnb	9,5	4,3
bipolare Störung	9,5	4,3
Dysthymie	0	10,9
<i>insges.</i>	<i>81,0</i>	<i>71,7*</i>

(n=21, m=10, w=11)

*es waren Patienten mit mehr als einer affektiven Diagnose vorhanden

LZP = Lebenszeitprävalenz

3.5.3 Zeitlicher Zusammenhang zu Angststörungen und affektiven Störungen

Weiter sollen nun die zeitlich eng an die Zwangsstörung als Ersterkrankung assoziierten Störungen beschrieben werden. Hierzu werden in der Tabelle 19 und Tabelle 20 die Lebenszeitprävalenzen all der Störungen aufgeführt, die einer Zwangsstörung als nächste folgten. Für die Vergleichsgruppe sind auch die Werte der Störungen aufgeführt, die der Zwangsstörung direkt vorausgingen.

Auf eine Zwangsstörung als psychiatrische Ersterkrankung folgte in 19% der Fälle eine Angststörung. In der Vergleichsgruppe war dies nur bei 15,2% der Patienten der Fall, hier war der Anteil der vorangegangenen Angststörungen mit 69,6% erheblich größer. Unter den auf eine Zwangsstörung folgenden Angststörungen waren in der Untersuchungsgruppe nur die soziale (9,5%) und die spezifische (14,3%) Phobie vertreten. Lag eine andere psychiatrische Ersterkrankung vor, so folgten auf die Zwangsstörung Panikstörungen (4,3%), soziale Phobien (6,5%) und generalisierte Angststörungen. Die Werte für vorangegangene Angststörungen waren innerhalb der Vergleichsgruppe für jede Störung höher.

Das Zeitintervall zwischen einer Zwangsstörung als Ersterkrankung und einer darauf folgenden Angststörung lag im Mittel bei 2,4 Jahren. War die Zwangsstörung nicht Ersterkrankung, betrug der Zeitraum zu einer auf die Zwangsstörung folgenden Angststörung durchschnittlich 6,4 Jahre. Bei den der Zwangsstörung vorangegangenen Angststörungen lag die Zwischenzeit gemittelt bei 8,7 Jahren (siehe Tabelle 21).

TABELLE 19 Lebenszeitprävalenz für auf eine Zwangsstörung folgende (vorangegangene) Angststörungen

<i>folgende Angststörungen</i>	LZP (%) bei Ersterkrankung	
	Zwangsstörung	sonstige
Trennungsangst	0	0 (4,3)
Panikstörung	0	4,3 (15,2)
Soziale Phobie	9,5	6,5 (19,6)
Spezifische Phobie	14,3	0 (26,1)
General. Angststg.	0	4,3 (6,5)
Somatisierungsstg.	0	0 (2,2)
Hypochondrie	0	0 (2,2)
insges.	19,0	15,2 (69,6)
keine Störung	14,3	50,0 (-)

(n=21, m=10, w=11)

(..) = Werte geben Anteil der direkt vorangegangenen Störungen an.

LZP = Lebenszeitprävalenz

In der Untersuchungsgruppe folgte bei 38,1% der Patienten eine affektive Störung auf die Zwangsstörung. Diese setzten sich aus 33,3% Depression (nicht näher bezeichnete inbegriffen) und 4,8% bipolarer Störung zusammen, Dysthymien waren nicht vertreten. In der Vergleichsgruppe folgte nur bei 26,1% eine affektive Störung. Hier bestanden bei 19,6% Depressionen, bei 6,5% Dysthymien, aber keine bipolare Störungen. Der Anteil der vorangegangenen affektiven Störungen entsprach in der Vergleichsgruppe dem der nachfolgenden. Während hier der Anteil der Depression annähernd gleich groß war, traten zusätzlich bipolare Störungen (4,3%) und weniger Dysthymien auf.

TABELLE 20 Lebenszeitprävalenz für auf eine Zwangsstörung folgende (vorangegangene) affektive Störungen

<i>folgende affektive Störung</i>	LZP (%) bei Ersterkrankung	
	Zwangsstörung	sonstige
Depression (+nmb)	33,3	19,6 (19,1)
Bipolare Störung	4,8	0 (4,3)
Dysthymie	0	6,5 (2,2)
insges.	38,1	26,1 (26,1)
keine Störung	14,3	50,0 (-)

(n=21, m=10, w=11)

(..) = Werte geben Anteil der direkt vorangegangenen Störungen an.

LZP = Lebenszeitprävalenz

Die Zeit zwischen einer Zwangsstörung und einer darauf folgenden affektiven Störung betrug für beide Gruppe etwa 7 Jahre. Trat die affektive Störung jedoch zuerst auf, belief sich das dazwischen liegende Zeitintervall auf 3,8 Jahre (siehe Tabelle 21).

TABELLE 21 ZEITINTERVALL ZWISCHEN ZWANGSSTÖRUNG UND DARAUF FOLGENDER (VORANGEGANGENER) STÖRUNGEN

Störung	Zeit zw. Zwang und folgender Störung bei Ersterkrankung	
	Zwangsstörung	sonstige
Affektive Störungen <i>insges.</i>	7,15 ±8,68 (n=8)	7,45 ±6,81 (3,83 ±4,03) (n=12)
Angststörungen <i>insges.</i>	2,37 ±1,89 (n=4)	6,38 ±4,26 (8,72 ±6,63) (n=32)

(..) = Werte in Klammern geben die Zeit zur direkt vorangegangenen Störungen an.

3.6 Assoziation zwischen Zwangsstörung und affektiver Störung

Um die Assoziationsstärke zwischen Zwangsstörung und affektiver Störung zu untersuchen, wurde wie folgt vorgegangen: Es wurden die Lebenszeitprävalenzen der Eltern in Abhängigkeit von einer vorhandenen affektiven Lebenszeitdiagnose beschrieben. Anschließend wurde unser Patientenkollektiv nach einer vorhandenen familiären Vorbelastung für affektive Störungen klassifiziert. Hierzu wurde zwischen den Patienten, deren Eltern beide keine Lebenszeitdiagnose einer affektiven Störung hatten („nicht vorbelastet“) und denjenigen Patienten eines Elternpaares, bei dem eine entsprechende Störung bei mindestens einem Elternteil vorlag („vorbelastet“), unterschieden.

3.6.1 Familiäre Belastung

Unter den Eltern mit einer affektiven Diagnose (n=14) bestand ein signifikanter Frauenüberschuß, folglich – aufgrund des sonst ausgewogenen Geschlechterverhältnisses unter den Eltern - auch ein entsprechender Männerüberschuß unter den Eltern ohne die Diagnose (n=49) (w=85,7%/ 14,3%; χ^2 -test sig.; p=0,003; Odds-Ratio=8,8) (siehe Tabelle 22). Das Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug für alle Eltern durchschnittlich 59,2 Jahre. Es lag kein wesentlicher Altersunterschied zwischen den Gruppen vor. In der Elterngruppe mit affektiver Erkrankung belief sich das Alter bei Beginn dieser Störungen im Mittel auf 37,9 Jahre.

TABELLE 22 GESCHLECHTERVERTEILUNG UND ZEITLICHE MERKMALE DER ELTERNGRUPPEN

	affektive Störung		insges. n=63
	vorhanden n=14	nicht vorhanden n=49	
weiblich ¹	85,7%	14,3%	50,8%
Alter	57,2 ±6,53	59,8 ±7,78	59,2 ±7,54
AbB affektive Störungen	37,9 ±17,57	-	37,9 ±17,57
AbB Angststörungen	17,0 ±14,59	18,1 ±12,15	17,7 ±12,73

1: $\chi^2=8,78$; df=1; p=0,003; OR=8,8

AbB=Alter bei Beginn

Die Störungen selbst (Tabelle 23) verteilten sich mit 78,6% auf Depression, mit 14,3% auf nicht näher bezeichnete Depression und mit 7,1% auf Dysthymie. Bipolare Störungen lagen nicht vor.

TABELLE 23 ART DER AFFEKTIVEN STÖRUNGEN DER ELTERN

<i>affektive Störung</i>	%
Depression	78,6
Depression nnb	14,3
Dysthymie	7,1

(n=14)

Ein Elternteil mit affektiver Störung erkrankte durchschnittlich an 1,29 Angststörungen, entsprechend einer Lebenszeitprävalenz für Angststörungen von 57,1%. Eltern ohne affektive Störung erkrankten während ihrer bisherigen Lebenszeit im Mittel an 0,47 Angststörungen (Lebenszeitprävalenz=36,7%; χ^2 -/ t-test n. sig.). Das Alter bei Beginn der Angststörungen lag durchschnittlich bei 17,7 Jahren und unterschied sich in beiden Gruppen nicht bedeutend (siehe Tabelle 22 und Tabelle 24).

Im einzelnen sind folgende Lebenszeitdiagnosen für Angststörungen gestellt worden: Zwangsstörungen kamen nur bei 4,1% der Eltern vor, die nie an einer affektiven Störung litten (χ^2 n. sig.; p=0,442). Panikstörungen kamen mit 28,6% signifikant häufiger unter den Eltern mit affektiver Erkrankung vor (ohne: 4,1%; χ^2 sig.; p=0,0059; Odds-Ratio=9,4), auch traten soziale Phobien in dieser Gruppe mit einer Rate von 35,7% signifikant häufiger auf als bei den Eltern ohne affektive Störung

(ohne: 6,1%; χ^2 sig.; $p=0,0034$; Odds-Ratio=8,5). Spezifische Phobien hingegen wiesen mit einer Lebenszeitprävalenz von 27,0% insgesamt keinen nennenswerten Gruppenunterschied auf. Während bei den Eltern ohne affektive Diagnose generalisierte Angststörungen nicht auftraten, betrug die Lebenszeitprävalenz bei denen mit affektiver Diagnose 14,3%. Dieser Unterschied erreichte Signifikanzniveau (χ^2 -test; $p=0,0072$). Die Lebenszeitprävalenzen für Hypochondrie, Dysmorphophobie und Trennungsangststörung, jeweils bei 7,1% der Eltern mit und keinmal bei Eltern ohne affektive Störung diagnostiziert, unterschieden sich deutlich, aber nicht signifikant (χ^2 -test n. sig.; $p=0,0593$). Posttraumatische Belastungsstörungen traten insgesamt bei 6,1% in beiden Elterngruppen ohne wesentlichen Unterschied auf.

In der Elterngruppe ohne affektive Störung lag die Rate für alkoholbezogene Störungen im Vergleich um 9,2% höher (χ^2 -test n. sig.). Die Tabelle 24 faßt die beschriebenen Werte zusammen.

TABELLE 24 LEBENSZEITPRÄVALENZEN DER ELTERNGRUPPEN FÜR ANGSTSTÖRUNGEN

<i>Störung</i>	LZP (%) bei affektiver Störung		
	vorhanden n=14	nicht vorhanden n=49	insgesamt n=63
Trennungsangst ¹	7,1	0	1,6
<i>Angststörungen</i>			
Zwangsstörung ²	0	4,1	3,2
Panikstörung ³	28,6	4,1	9,5
ohne Agoraphobie	21,4	2,0	6,3
mit Agoraphobie	7,1	2,0	3,2
sozial Phobie ⁴	35,7	6,1	12,7
spezifisch Phobie	28,6	26,5	27,0
generalisierte Angststörung ⁵	14,3	0	3,2
Somatisierungsstörung	0	2,0	1,6
Hypochondrie ⁶	7,1	0	1,6
posttr. Belastungsstörung	7,1	4,1	6,1
insges. ⁷	57,1	36,7	41,3
Anzahl Angststörungen ⁸	1,286 ±1,49	0,469 ±0,71	0,651 ±0,986
<i>andere Störungen</i>			
alkoholbezogene Störungen ⁹	7,1	16,3	14,3
Dysmorphophobie ¹⁰	7,1	0	1,6

1: $\chi^2=3,56$; df=1; $p=0,059$

3: $\chi^2=7,58$; df=1; $p=0,0059$; OR=9,4

5: $\chi^2=7,23$; df=1; $p=0,0072$

7: $\chi^2=1,87$; df=1; $p=0,171$; OR=2,3

9: $\chi^2=0,75$; df=1; $p=0,386$

LZP = Lebenszeitprävalenz

2: $\chi^2=0,59$; df=1; $p=0,442$

4: $\chi^2=8,6$; df=1; $p=0,0034$; OR=8,52

6: $\chi^2=3,56$; df=1; $p=0,0593$

8: $t=1,99$; df=14,73; $p=0,066$

10: $\chi^2=3,56$; df=1; $p=0,0593$

3.6.2 Affektive Störungen der Patienten

Die Lebenszeitprävalenzen für affektive Störungen unterschieden sich deutlich in den klassifizierten Patientengruppen. So lag sie bei Patienten ohne familiäre Vorbelastung mit 93,3% erheblich höher als bei Patienten mit entsprechender Vorbelastung (69,2%), ohne daß dieser Unterschied jedoch Signifikanzniveau erreichte (χ^2 -test n. sig.; $p=0,097$). Die Störungen gliederten sich in 86,7% Depression und 6,7% bipolare Störungen in der ‚nicht vorbelasteten‘ Gruppe. Bei den Patienten mit einer familiären Vorbelastung lagen bei 53,8% Depression und bei je 15,4% eine nicht näher bezeichnete Depression bzw. Dysthymie vor. Weibliche Patienten waren in der vorbelasteten Gruppe etwas häufiger vertreten.

TABELLE 25 LEBENSZEITPRÄVALENZEN FÜR AFFEKTIVE STÖRUNGEN BEI PATIENTEN VON ELTERNPAAREN MIT UND OHNE AFFEKTIVER BELASTUNG

Störung	LZP (%) der Patienten		
	vorbelastet n=13; w=61,5%	nicht vorbelastet n=15; w=46,7%	insges. n=28; w=53,6%
Depression	53,8	86,7	71,4
n nb	15,4	0	7,1
bipolar	0	6,7	3,6
Dysthymie	15,4	0	7,1
insges. ¹	69,2	93,3	82,1*

*es waren Patienten mit mehr als einer affektiven Diagnose vorhanden

1: $\chi^2=2,758$; $d=1$; $p=0,097$

LZP = Lebenszeitprävalenz

n nb=nicht näher bezeichnet

3.6.3 Zeitlicher Zusammenhang

Das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Exploration wies in den Gruppen der Klassifizierung mit durchschnittlich 29 Jahren keinen Unterschied auf. Allerdings trat die Zwangsstörung bei ‚vorbelasteten‘ Patienten mit einem mittleren Alter von annähernd 15 Jahren deutlich vor der affektiven Störung auf, die in beiden Gruppen ein durchschnittliches Alter bei Beginn von 23 Jahren aufwies. In der ‚nicht vorbelasteten‘ Patientengruppe ist eine eindeutige Festlegung der Erkrankungsreihenfolge der beiden Störungen anhand der hier errechneten Werte nicht möglich.

Das Zeitintervall zwischen affektiver Störung und Zwangsstörung, ungeachtet der Erkrankungsreihenfolge, unterschied sich deutlich: es betrug 4,3 ($\pm 3,6$) Jahre bei

Patienten ohne familiäre Vorbelastung und 9,4 ($\pm 9,06$) Jahre bei ‚vorbelasteten‘ Patienten.

TABELLE 26 ZEITLICHE MERKMALE DER PATIENTEN VON ELTERNPAAREN MIT UND OHNE AFFEKTIVE BELASTUNG

	zeitliche Merkmale der Patienten		
	vorbelastet n=13	nicht vorbelastet n=15	insges. n=28
Alter	29,1 \pm 5,17	29,3 \pm 7,42	29,2 \pm 6,36
AbB affektive Störungen	23,2 \pm 7,47 (n=10)	23,1 \pm 5,93 (n=14)	23,2 \pm 6,46
AbB Zwangsstörung ¹	15,0 \pm 7,45	23,2 \pm 8,3	19,4 \pm 8,83
Zeitintervall ² Zwang/ affekt. Störg.	9,4 \pm 9,06 (n=10)	4,3 \pm 3,6 (n=14)	-

1: t=-2,76; df=26; p=0,011
AbB=Alter bei Beginn

2: in Jahren; t-test sig.; t=1,69; df=11,06; p=0,119

Analysierte man die Reihenfolge der Diagnosen entsprechend dem Vorgehen in Abschnitt 3.3.1, so zeigte sich, daß auch bei Patienten ohne eine familiäre Vorbelastung für affektive Störungen die Zwangsstörungen die häufigsten Ersterkrankungen waren. Darüber hinaus zeichneten sich im Vergleich der übrigen Reihenfolgeverteilung folgende gruppenspezifischen Charakteristika ab:

Unter den ‚vorbelasteten‘ Patienten traten 92,4% aller Zwangsstörungen als Erst- oder Zweiterkrankung auf. Daneben nahm nur die spezifische Phobie mit einem Anteil an Ersterkrankungen von 38,5% eine bedeutende Rolle ein. Eine Depression trat mit einer annähernd gleichmäßigen Verteilung überwiegend als Folgeerkrankung auf.

Bei den ‚nicht vorbelasteten‘ Patienten trat die Zwangsstörung nur bei 40% als Ersterkrankung auf und verteilte sich mit je 20% auf den zweiten bis vierten Reihenfolgeplatz. Während die spezifische Phobie mit 20% seltener Ersterkrankung als in der zuvor beschriebenen Gruppe war, trat die soziale Phobie häufiger als Erst- und Zweiterkrankung auf. Die Depression zeigte eine deutliche Häufung in der Reihenfolgeverteilung mit einem Anteil von 53,3% an Zweiterkrankungen.

TABELLE 27 REIHENFOLGE DER ERKRANKUNGSZEITPUNKTE BEI PATIENTEN IN ABHÄNGIGKEIT VON DER FAMILIÄREN VORBELASTUNG FÜR AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Störungen	vorbelastet (%) [*] n=13				nicht vorbelastet (%) [*] n=15				insges. (%) n=28					
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Trennungsangststörung	7,7	-	-	-	6,7	-	-	-	7,1	-	-	-	-	-
<i>affektive Störungen</i>														
Depression (+nbn)	7,7	23,1	23,1	15,4	6,7	53,3	-	26,7	7,1	39,3	10,7	21,5	-	3,6
bipolare Störung	-	-	-	-	-	-	6,7	-	-	-	3,6	-	-	-
Dysthymie	-	-	7,7	7,7	-	-	-	-	-	-	3,6	3,6	-	-
<i>Angststörungen</i>														
Zwangsstörung	46,2	46,2	7,7	-	40,0	20,0	20,0	20,0	42,8	32,2	14,3	10,7	-	-
Panikstörung	-	7,7	-	7,7	-	-	20,0	-	-	3,6	10,7	3,6	-	-
Agoraphobie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,6	-
soziale Phobie	7,7	-	7,7	-	13,3	20,0	6,7	-	10,7	10,7	7,1	-	-	-
spezifische Phobie	38,5	15,4	-	-	20,0	13,3	-	-	28,6	14,2	-	-	-	-
generalisierte Angststörung	7,7	-	7,7	-	-	-	-	-	3,6	-	3,6	-	-	-
Somatisierungsstörung	-	-	-	-	-	6,7	-	-	-	3,6	-	-	-	-
Hypochondrie	-	-	-	-	6,7	-	-	-	3,6	-	-	-	-	3,6
Tic-Störung	-	-	-	7,7	-	6,7	-	-	-	3,6	-	3,6	-	-
posttraumatische Belastungsstörung	-	-	-	-	6,7	-	-	-	3,6	-	-	-	-	-
<i>andere Störungen</i>														
alkoholbezogene Störung	-	-	7,7	-	-	-	-	-	-	-	3,6	-	7,1	-
substanzbezogene Störung o.a.S.	-	-	-	-	-	-	6,7	-	-	-	3,6	-	-	-

*5. und 6. Reihenfolgeplatz nicht aufgeführt

o.a.S.=ohne alkoholbezogene Störungen

4. Diskussion

Stichprobe, Studienpopulation und Repräsentativität

Zur Verallgemeinerung unserer Aussagen muß unsere Stichprobe auf Repräsentativität geprüft werden. Hierzu dient vor allem der Vergleich der demografischen Charakteristika in unserem Kollektiv mit denen in anderen Stichproben. Ein direkter Vergleich mit der Studienpopulation, bestehend aus allen Zwangserkrankten des Erfassungsbereiches, ist in Ermangelung an Daten nicht möglich.

Nicht repräsentativ war die Methode zur Rekrutierung der Patienten, da alle Patienten für die Studie vorgesehen wurden, die ein Behandlungsangebot in unserer Einrichtung in Anspruch genommen hatten. Hier ist die Frage zu stellen, inwieweit den in unserem Erfassungsbereich lebenden Zwangspatienten dieses Angebot gleichermaßen zuteil wurde. Häufig nehmen Patienten mit einem behandlungsbefürwortenden Krankheitskonzept, einem höheren Informationsstand bezüglich der Behandlungseinrichtungen oder Patienten mit erhöhtem Leidensdruck ein derartiges Angebot war. Hinzu kommt, daß, wie in unserem Fall, eine universitäre Einrichtung in unserem Gesundheitssystem üblicherweise nicht an erster Stelle durchlaufen wird.

Das Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung von durchschnittlich 36,5 Jahren war leicht höher als in entsprechenden Studien. Hier lag das Untersuchungsalter in der Regel bei 33-35 Jahren (Bellodi et al., 1991; Crino und Andrews, 1996; Lensi et al., 1996; Nicolini et al., 1993; Sciuto et al., 1995).

Der in unserem Studienkollektiv vorherrschende nicht signifikante Geschlechterunterschied von 47,1% Männern zu 52,9% Frauen findet sich auch in anderen Studienergebnissen wieder. Black (1974) ermittelte durch die Zusammenfassung von 11 Studien bei 1336 Zwangspatienten einen Frauenanteil von 51,4%, Rasmussen und Eisen (1992) bezifferten bei 560 Patienten den Frauenanteil auf 53,8%. Die genannten Werte wurden jedoch nicht entsprechend den demografischen Gegebenheiten der jeweiligen Bevölkerung gewichtet. Bei einem in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Geschlechterverhältnis von 47,9% Männern zu 52,1% Frauen (Fichter et al., 1996) kommt der in unserem Kollektiv bestehenden Geschlechterdifferenz folglich keine weitere Bedeutung zu.

Der Anteil an ausländischen Patienten von 4,3% ist geringer als der Anteil Ausländer in der Gesamtbevölkerung (8,8%; Statistisches Bundesamt, 1997). Da bei der Zwangsstörung weltweit von nahezu gleich hohen Prävalenzwerten und einem Vorkommen in allen sozioökonomischen Schichten ausgegangen wird (siehe Abschnitt 1.3.1 und Tabelle 1), liegt die Vermutung nahe, daß dieser Effekt an schlechteren Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung liegt (z.B. Sprache). Zu einem ähnlichen Schluß kamen Rasmussen und Eisen (1992), als bei ihrem Studienkollektiv unterdurchschnittlich wenig schwarze Amerikaner vertreten waren.

Zum Familienstand ergaben unsere Untersuchungen, daß 59,4% nie verheiratet waren, hierunter ein nicht signifikant erhöhter Männeranteil. Dies wurde übereinstimmend auch in anderen Studien beobachtet (Lensi et al., 1996; Rasmussen und Eisen, 1992). Als Grund hierfür wurde eine eheliche Fehlanpassung in Betracht gezogen, die jedoch nicht syndromspezifisch sei.

Die Scheidungsrate in unserem Kollektiv lag mit 4,3% nicht höher als in der übrigen Bevölkerung (4,9%; Statistisches Bundesamt, 1997) und bestätigt die in der Literatur vorliegenden Ergebnisse (Lensi et al., 1996).

Unter den männlichen Patienten sind 40,6%, unter den weiblichen nur 17,1% als Einzelkinder aufgewachsen (insgesamt: 28,4%). Kayton und Borge (1967) berichten von einer signifikant erhöhten Rate von Einzelkindern unter Zwangspatienten (52,5%).

Der Ausbildungsstand der Patienten, der überwiegend im Bereich zwischen Hauptschulabschluß und (noch) nicht abgeschlossenem Studium lag, zeigte keine Abweichungen zu den Ergebnissen anderer Studien (Lensi et al., 1996). Unterschiede zwischen den Ausbildungssystemen der Studienländer können diese Aussage einschränken. Auch der berufliche Stand der Probanden entsprach dem anderer Untersuchungen mit der Ausnahme, daß in unserem Kollektiv der Anteil der berenteten Patienten um rund 12% höher lag. Da es sich hier meist um aus Krankheitsgründen Berentete handelte, könnte der Unterschied durch eine unterschiedliche Gesetzeslage diesbezüglich zustande gekommen sein.

Es bleibt offen, ob trotz der Rekrutierungsmethode eine repräsentative Auswahl zustande gekommen ist. Die demografischen Charakteristika entsprechen denen vorangegangener Studien bezüglich Untersuchungsalter, Geschlechterverteilung, einem

bevölkerungsbezogen niedrigen Ausländeranteil, Familien- und Ausbildungsstand. Da es sich bei den zitierten Studien überwiegend nicht um epidemiologische, sondern ebenfalls um klinisch-rekrutierte Stichproben handelte, kann eine Repräsentativität unserer Stichprobe nur für an Universitäten rekrutierte Patienten angenommen werden.

Material, Methode und Vorgehensweise

Die Qualität der Abbildung psychischer Störungen variiert erheblich mit der Art, der Güte und dem Umfang einer Exploration. Um diese Varianzquellen kontrollieren zu können, wurde ein Erhebungsinstrument (SADS-LA-IV) gewählt, dem ausführliche Reliabilitätsstudien belegen, daß es trotz dieser Varianzquellen sehr zuverlässig ist. Die Interrater-Reliabilität auf Syndromebene liegt zwischen $r=0,82$ und $0,99$ und die Test-Retest Korrelation zwischen $r=0,49$ und $0,93$ (73% über 0,7) (Endicott und Spitzer, 1978; Mannuzza et al., 1986). Die Datengewinnung mittels des SADS-LA-IV-Interviews entspricht einem methodologisch international anerkanntem Vorgehen.

Die Daten der Untersuchung sind bezüglich der Zwangsstörungen in allen Fällen zu einem Zeitpunkt erhoben worden, an dem eine klinische Symptomatik vorlag. Vorangegangene Störungen und deren Umstände konnten nur retrospektiv erhoben werden. Da sich das Alter der Probanden und Eltern zum Teil stark unterschied, muß von unterschiedlichem Erinnerungsvermögen ausgegangen werden. Dies schränkt die Aussagekraft der Studie in unterschiedlichem Maße ein. Während sich die Interviewten in einigen Fällen an konkrete Erkrankungszeitpunkte schlecht erinnerten, konnte die Reihenfolge der Symptome und Störungen meistens eindeutig angegeben werden.

Die Blindheit des Interviews wird vom Autor insgesamt als hoch eingeschätzt. Es lagen dem Interviewer bis auf die Diagnose der Zwangsstörung zum Patienten keinerlei weitere Informationen vor. Ebenso lagen zu den Angehörigen keinerlei Informationen vor. Grundsätzlich wurden ein Patient und seine Angehörigen von verschiedenen Interviewern exploriert, um das Risiko der Voreingenommenheit zu reduzieren. In wenigen Ausnahmefällen konnte dies nicht eingehalten werden.

Da es sich bei dieser Studie um eine nicht kontrollierte Studie handelt, dienen zum Vergleich die Ergebnisse anderer, vergleichbarer Studien, die nach den selben Kriterien erarbeitet wurden. Die Zwangsstörung wurde in den vergangenen Jahren zwar verstärkt untersucht und es wurden übereinstimmende Ergebnisse gefunden, in Anbetracht ihrer weltweiten Auftretenshäufigkeit liegen jedoch immer noch zu wenig Daten vor, die die Konstellation und den zeitlichen Zusammenhang zu anderen Störungen beschreiben. Somit fehlen unseren Daten teilweise Vergleichswerte. Besonders unsere Aussagen bezüglich der Reihenfolgeverteilung und der Ersterkrankungen bedürfen weiterer Untersuchungen zur Bestätigung.

Prävalenzen und Lebenszeitprävalenzen einer Normalbevölkerung liegen uns mit dem *Epidemiologic Catchment Area Survey*, dem *National Comorbidity Survey* und der *Upper Bavarian Study* vor (Robins et al., 1991; Kessler et al., 1994; Fichter et al., 1996). Die beiden zuerst genannten Studien verfügen zwar über eine hohe Aussagekraft aufgrund einer sehr hohen Fallzahl, es handelt sich allerdings um Untersuchungen in einer amerikanischen Bevölkerung, deren Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf unsere Stichprobe übertragbar sind. Mit der *Upper Bavarian Study* (n=1668) liegen uns Untersuchungsergebnisse einer deutschen Bevölkerung vor, die Prävalenzen wurden jedoch als 6-Monatsprävalenzen erhoben. Ein Vergleich ist nur eingeschränkt möglich.

Daten zu Erkrankungsbeginn, -ende und -dauer konnten mit Genauigkeiten zwischen einer Woche und einem Vierteljahr erhoben werden. Bei den Störungen mit frühem Erkrankungsbeginn, wurden bei unzureichender Erinnerung zeitliche Daten anhand von Ereignissen erhoben (Vorschulalter, Schulklasse). Dies führte bei der Trennungangststörung, der spezifischen Phobie und weiblicherseits bei den sozialen Phobien zu einer wahrscheinlich nicht der Realität entsprechenden Homogenität der zeitlichen Daten. Die Streuungsmaße dürften jedoch nicht wesentlich höher gelegen haben, da bei den vorliegenden niedrigen Alterswerten auch die Irrtumsmöglichkeiten in ihrer Spannweite beschränkt sind. Bei der Beschreibung der Reihenfolgeverteilung der Störungen wurden nur Patienten berücksichtigt, deren zeitliche Angaben lückenlos und eindeutig waren.

Störungen der Eltern

Die in den USA durchgeführte NCS-Studie (*National Comorbidity Survey*, Kessler et al., 1994) untersuchte die Lebenszeitprävalenzen psychiatrischer Störungen in einer Normalbevölkerung anhand von über acht Tausend Probanden. Verglichen mit den Ergebnissen dieser Studie, unterschieden sich die Lebenszeitprävalenzen psychiatrischer Störungen bei den Eltern unseres Patientenkollektivs hinsichtlich der Angststörungen und der affektiven Störungen. Die Zwangsstörung erreichte hingegen einen Wert, der der Lebenszeitprävalenz einer Normalbevölkerung entsprach.

Unter den Angststörungen lagen die Werte für spezifische Phobien (27,0%; NCS: 11,3%) und Panikstörungen (9,5%; NCS: 3,5%) über den für eine Normalbevölkerung zu erwartenden Lebenszeitprävalenzen. Über erhöhte Werte für Angststörungen bei Eltern von Zwangspatienten berichteten auch Black et al. (1992), wobei dies allerdings hauptsächlich durch einen signifikant erhöhten Anteil an generalisierten Angststörungen zustande kam. Weitere Studien (Pauls et al., 1995; Bellodi et al., 1991) beschrieben leicht erhöhte Lebenszeitprävalenzen für einzelne Angststörungen bei den Eltern. Möglicherweise lag bei den Patienten aufgrund der erhöhten elterlichen Werte eine vererbte allgemeine Prädisposition für Angststörungen, also auch für die Zwangsstörung, vor. Dies würde die Zuordnung der Zwangsstörung zu den Angststörungen im DSM-IV bestätigen. Zutreffender erscheint jedoch, insbesondere im Hinblick auf den hohen Anteil der spezifischen Phobien bei den Eltern, daß seitens der Patienten diese Prädisposition lediglich für einen Teil der Angststörungen vorlag, für den aufgrund der Erkrankungsreihenfolge und der hohen Lebenszeitprävalenzen die höchste Vulnerabilität zu vermuten ist. Hier kommen die spezifische und die soziale Phobie sowie die Trennungsangststörung in Betracht.

Die Werte für affektive Störungen unter den Eltern lagen bei unserer Untersuchung leicht über denen der NCS-Studie (22,2%; NCS: 19,3%). Die Ergebnisse anderer Untersuchungen divergieren stark: Während Lenane et al. (1990) den Anteil affektiv erkrankter Eltern mit 27% bezifferte, beschrieben eine Vielzahl von Studien Werte, die unter denen der NCS lagen (Sciuto et al., 1995: 5,2%; Bellodi et al., 1991: 3,3%; Rasmussen und Tsuang, 1986: 13,6%; Insel et al., 1983: 11,1%). Da die zitierten Studien zum Teil über höhere Fallzahlen verfügten als unsere und die Beziehung von Zwangsstörung zu affektiver Störung bei Sciuto et al. (1995) sogar Untersu-

chungsgegenstand war, muß man von nicht erhöhten Werten für affektive Störungen unter den Eltern von Zwangspatienten ausgehen.

Die von uns und bei Rasmussen und Tsuang (1986) sowie Insel et al. (1983) beschriebene deutliche Überrepräsentierung weiblicher Eltern mit affektiven Störungen spiegelt weitgehend das in den Daten der NCS-Studie vorgefundene Geschlechterverhältnis wieder.

Bezüglich der Zwangsstörung, die bei den Eltern mit 3,2% nicht häufiger als in einer Normalbevölkerung vorlag, fanden sich in der jüngeren Literatur unterschiedliche Beschreibungen: Insel et al. (1983) und Hoover und Insel (1984) fanden unter Eltern keine Zwangserkrankungen, McKeon und Murray (1987) bezifferten die Lebenszeitprävalenz auf 0,7%, Bellodi et al. (1991) auf 3,4%. Höhere Werte wurden von Lensi et al. (1996) mit 7,6% berichtet, Pauls et al. (1995) fanden mit 10,3% signifikant mehr Eltern mit der Diagnose einer Zwangsstörung als in einer Vergleichsgruppe, und Lenane et al. (1990) bezifferten den Anteil der erkrankten Eltern auf 17%. Die drei zuletzt genannten Ergebnisse, die deutlich über der Lebenszeitprävalenz einer Normalbevölkerung lagen, sind mit unseren Werten nur eingeschränkt vergleichbar, da Lensi et al. (1996) und Pauls et al. (1995) eigens für die Studie erstellte Fragebögen benutzten, und Lenane et al. Ausschlußkriterien formulierten, die zu einem stark selektierten Kollektiv führten. Somit ist, wie bereits mehrheitlich in der zitierten Literatur geschlußfolgert, unter den Eltern von Zwangspatienten eine Lebenszeitprävalenz für Zwangsstörungen entsprechend der einer Normalbevölkerung zu erwarten.

Schlußfolgernd kann gesagt werden, daß bei Eltern von Zwangspatienten vermehrt Störungen aus dem Spektrum der Angsterkrankungen auftreten, insbesondere spezifische Phobien, generalisierte Angststörungen und Panikstörungen. Bei den Patienten scheint eine vererbte Prädisposition für Angststörungen wahrscheinlich. Hier stellt sich die Frage ob und inwieweit diese mögliche Prädisposition eine Vulnerabilität auch für Zwangsstörungen beinhaltet.

Zwangsstörung und Komorbidität

Unter Vernachlässigung der Einzelfälle fanden sich bei den 70 Patienten Diagnosen aus den Störungsgruppen der affektiven Störungen und der Angststörungen, der somatoformen, substanzbezogenen, Eß- und Impuls-Kontroll-Störungen sowie der Störungen der Kindheit und Jugend des DSM-IV. Dieses Spektrum entspricht dem vorangegangener Studien bei Zwangspatienten unterschiedlicher ethnischer Herkunft, die Achse-I-Störungen unter Zugrundelegung eines DSM-Kriterienkataloges untersuchten (Rasmussen et Eisen, 1992; Sciuto et al., 1995; Bellodi et al., 1991; Crino et Andrews, 1996; Lensi et al., 1996; Nicolini et al., 1993). In den genannten Studien traten, wie auch in unserem Kollektiv, affektive Störungen und Angststörungen am häufigsten als komorbide psychiatrische Erkrankungen auf.

Im Bereich der affektiven Störungen belief sich die Lebenszeitprävalenz der Depression in unserem Kollektiv auf 60%, wobei ein nicht signifikanter Geschlechterunterschied von 10% vorlag. Rasmussen und Eisen (1992) bezifferten den Anteil der Zwangspatienten mit der komorbiden Diagnose einer Depression auf 78%. Nicolini et al. (1993) gaben die Lebenszeitprävalenz mit 67% an. Black et al. (1995) untersuchten Zwangspatienten, die vor dem Auftreten der Zwangsstörung nicht an einer Depression erkrankt waren und diagnostizierten bei 75% eine sekundäre Depression. Niedrigere Raten als unsere sind in den Studien von Crino und Andrews (1996) mit 50%, Lensi et al. (1996) mit 43% und Sciuto et al (1995) mit 34,9% beschrieben worden.

Als weitere affektive Störungen kamen in unserem Kollektiv bipolare Störungen mit 5,7% etwas häufiger als in der Literatur beschrieben vor (Lensi et al. (1996): 1,5%). Hierbei waren Männer häufiger vertreten als Frauen (m=9,1%; w=2,7%). Auch bei der Dysthymie war der Anteil an männlichen Zwangspatienten deutlich größer. Insgesamt kam eine komorbide Dysthymie mit 7,1% seltener als in anderen Studienpopulationen vor (Crino et Andrews (1996): 19%).

Insgesamt bestand bei unseren Patienten im Bereich der affektiven Störungen ein nicht signifikanter Männerüberschuß von 12%, der in der angeführten Literatur nicht beschrieben wird.

Unsere Ergebnisse bestätigen bisherige Studien in der Aussage, daß der Anteil komorbider affektiver Störungen sehr hoch ist und bei einem bis zwei Dritteln der

Patienten ein entsprechendes Leiden vorliegt. Dies entspricht dem zwei- bis vierfachen Wert der Lebenszeitprävalenz einer Normalbevölkerung für affektive Störungen (Kessler et al., 1994).

Eine Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen von insgesamt 81,4% bei unseren Patienten übersteigt letztendlich vermutlich nicht die in der Literatur beschriebenen Werte, da diese zum Teil nur Depressionen, nicht aber wie unser Ergebnis alle Störungen der affektiven Gruppe, so auch die nicht näher bezeichneten Depressionen (7,1%) beinhalten.

Weiter ist zu berücksichtigen, daß unsere Probanden und die der genannten Studien Patienten universitärer Einrichtungen waren, die wahrscheinlich aufgrund eines erhöhten Leidensdrucks durch eine komorbide Störung eine große Therapiebereitschaft besaßen. Dadurch könnte es zu einer Präselektion der Studienkollektive gekommen sein, die in der Regel zu falsch positiven Komorbiditätsraten führt (*Berkson's bias*, siehe Maier et al., 1996).

Die Wahrscheinlichkeit, daß für eine Störung zwei Diagnosen aufgrund von Symptomüberschneidungen gestellt wurden, ist als niedrig einzuschätzen. Das SADS-LA-IV- Interview und das DSM-IV beinhalten hierfür Ausschlußkriterien, und Fällen mit sich zeitlich überschneidenden Störungen wurde besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Zusätzlich wurde in der Exploration besonderen Wert auf eine Unterscheidung der meist folgenden affektiven Störung als einer selbständigen Erkrankung oder als Ausdruck einer Verschlechterung der bestehenden Zwangsstörung gelegt.

Es bleibt zu klären, worin die hohe Komorbidität affektiver Störungen bei Zwangspatienten begründet ist.

In der Entstehung der affektiven Störungen wird ebenso wie bei der Zwangsstörung von einem multikausalen Geschehen ausgegangen. So ist für die affektiven Störungen ein genetischer Faktor in der Ätiologie durch Familien-, Zwillings- und Koppelungsuntersuchungen für einige depressive Störungen nachgewiesen, der das Risiko und die genetische Bereitschaft, zu erkranken, erhöht (Übersicht bei Haug, 1996). Möglicherweise besteht eine Überschneidung des genetischen Faktors, der mitverantwortlich für die Entwicklung einer Zwangsstörung ist, mit dem, der die Vulnerabilität für affektive Störungen erhöht. Patienten mit einer genetischen Bereitschaft für

die Entstehung einer Zwangsstörung wären somit erhöht vulnerabel auch für die Entwicklung einer affektiven Störung.

In der Annahme einer vorhandenen, allgemeinen Krankheitsdisposition für affektive Störungen könnte eine bestehende, meist chronische und psychosozial belastende Zwangsstörung im Sinne des *Vulnerabilitäts-Streß-Models* (Nuechterlein, 1987) als Stressor agieren und zur akuten Krankheitsmanifestation einer affektiven Störung führen. In der Therapie von Zwangserkrankten könnte die Vermittlung einer adäquaten Strategie, mit der Zwangsstörung umzugehen (*coping*), eine protektive Wirkung bezüglich der affektiven Störungen haben.

In neurobiologischer Hinsicht bleibt es offen, ob die eingangs beschriebene Dysfunktion bei der Zwangsstörung mit der des Neurotransmittersystems bei den affektiven Störungen in Wechselwirkung stehen könnte.

Bezüglich der Angststörungen unterstützen unsere Werte in unterschiedlichem Ausmaß vorangegangene Studienergebnisse, die eine hohe Komorbidität bei Zwangspatienten beschrieben. Diskutiert wurden in der Literatur erhöhte Werte für Panikstörungen, generalisierte Angststörungen und Phobien (Lensi et al., 1996; Crino und Andrews, 1996; Rasmussen und Tsuang, 1986)

Für eine komorbide Panikstörung lag die Lebenszeitprävalenz bei unseren Patienten mit 20% zwischen den Werten der Studien von Crino et Andrews (1996) (54%) und Rasmussen et Eisen (1992) (15%). Die bei Crino et Andrews (1996) beschriebene Überrepräsentierung von Frauen (w/m=3/1) zeigte sich auch in unserem Kollektiv durch einen signifikanten Geschlechterunterschied.

Seltener als in der Literatur beschrieben, traten in unserem Kollektiv generalisierte Angststörungen auf. Crino et Andrews (1996) beschrieben einen Anteil mit entsprechender komorbider Störung von 31%, Black et al. (1995) von 25% und Lensi et al. (1996) von 15%. Unsere Untersuchungen ergaben, daß bei 7,1% der Patienten eine komorbide generalisierte Angststörung vorlag. Dieser Unterschied zu den Literaturwerten könnte an einer zurückhaltenderen Vergabe komorbider Diagnosen bei Symptomüberschneidungen liegen. So zum Beispiel, wenn neben einer chronifizierten Zwangsstörung mit thematischer Nähe zur generalisierten Angststörung (z.B. „Exzessive Sorgen“ und „Furcht vor schrecklichen Konsequenzen“) bereits eine affektive Störung vorgelegen hatte: Trat nun erneut eine depressiv-ängstliche Sympto-

matik auf, wurde vermutlich eher die Diagnose einer rezidivierenden Depression als die einer zusätzlichen generalisierten Angststörung gestellt.

Für die spezifische Phobie, die bei 51,4% unserer Patienten mit einem nicht signifikanten Frauenüberschuß von 17,1% vorlag, war ein niedrigerer Wert von 27% bei Rasmussen und Tsuang (1986) zu finden. Spezifischen Phobien wurde in bisherigen Studien zur Komorbidität kaum Aufmerksamkeit gewidmet, möglicherweise weil phobische Symptome in der Normalbevölkerung bereits sehr häufig vorkommen. Obwohl Angststörungen mit Lebenszeitprävalenzen von 5-10% Erwähnung fanden, wurden spezifische Phobien, bei denen von höheren Werten ausgegangen werden muß, nicht aufgeführt (Rasmussen und Eisen, 1992; Crino und Andrews, 1996). Hinzu kommt die Schwierigkeit der validen Exploration der spezifischen Phobien, da ihr Patienten aufgrund des häufigen Vorkommens möglicherweise keinen Krankheitswert zusprechen. Die Kriterien der spezifischen Phobie im DSM-IV weisen zudem einen nicht unbedeutenden Einschätzungsspielraum auf. Vor allem ist der Interviewer bezüglich des Ausmaßes der Beeinträchtigung sehr auf die Einschätzung des Probanden angewiesen, insbesondere in Fällen, bei denen zwar ein eindeutiges phobisches Verhalten im Sinne der Kriterien vorlag, die Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag jedoch aufgrund einer seltenen Konfrontation nur gering war. Das Bestreben, die Lebenszeitprävalenzen der Phobie nicht zu unterschätzen, könnte bei unserer Untersuchung zu einer überhöhten Aufmerksamkeit diesbezüglich mit falsch positiven Ergebnissen geführt haben.

Soziale Phobien traten in unserem Kollektiv bei einem Drittel (32, 9%) auf, unter Männern etwas häufiger als unter Frauen. Crino et Andrews (1996) gaben eine Lebenszeitprävalenz von 42%, Rasmussen et Eisen (1992) von 26% an. Somit stimmt unser Ergebnis mit der Annahme anderer Studien überein, daß soziale Phobien gehäuft auftreten.

Zusammenfassend gesagt, traten spezifische Phobien in unserem Kollektiv häufiger, generalisierte Angststörungen seltener als in der Literatur beschrieben auf. Die Lebenszeitprävalenzen für Panikstörungen und soziale Phobien unterstützen tendenziell bisherige Studienergebnisse. Die hohe Komorbidität der Angststörungen bei Zwangserkrankten könnte folgendermaßen begründet sein: Aufgrund der erhöhten Lebenszeitprävalenzen für Angststörungen bei den Eltern könnte eine vererbte Prädisposition oder ein erlerntes Verhaltensmuster vorliegen. Diese könnten bei den

Patienten entweder die hohe Komorbidität der Angststörungen begründen, oder auch für die Entstehung der Zwangsstörung mitverantwortlich sein, die nach DSM-IV dem Formenkreis der Angststörungen zugeordnet wird. Sieht man von einer Prädisposition ab, könnte das Vorhandensein einer Zwangsstörung andere Angststörungen begünstigen und umgekehrt.

Der Anteil an Patienten mit substanzbezogenen Störungen war ähnlich hoch wie in vorangegangenen Studien (Rasmussen et Eisen, 1992) und lag etwas unter der Lebenszeitprävalenz einer Normalbevölkerung (NCS-Studie; Kessler et al., 1994).

Reihenfolge der Erkrankungszeitpunkte

Die Untersuchung der Erkrankungsreihenfolge bei der Zwangsstörung und ihrer komorbiden Störungen zeigte die folgenden Tendenzen.

Die Zwangsstörung, deren Vorhandensein das Einschlusskriterium für die Teilnahme darstellte, war überwiegend eine auf andere Störungen folgende Erkrankung. Nur in einem Drittel der Fälle hatten die Patienten vor der Zwangsstörung keine andere psychiatrische Erkrankung. Dies wirft die Fragen auf, ob sich Unterschiede zwischen einer Zwangsstörung als Erst- und als Folgeerkrankung finden lassen, welche Störungen den Zwangsstörungen vorausgingen und ob diese mit einem Einfluß auf die Entwicklung einer Zwangsstörung einhergingen. Angesichts der hohen Anteile der spezifischen und der sozialen Phobie bei den Ersterkrankungen ist davon auszugehen, daß diese bei einem großen Teil der Patienten die vorausgehende Erkrankung darstellten. Um einen möglichen Einfluß der vorausgegangenen Störung auf die folgende Zwangsstörung zu erkennen, wurde der Verlauf in Abhängigkeit von der einzelnen Ersterkrankung untersucht.

Bei unseren Patienten wiesen die spezifischen und auch die sozialen Phobie neben der Zwangsstörung als häufigste Ersterkrankungen ein sehr niedriges durchschnittliches Alter bei Beginn auf (in Jahren: spezifisch=9,0 \pm 5,3; sozial=14,6 \pm 10,3), obwohl für diese Phobien im allgemeinen kein spezifisches Erkrankungsalter besteht (Freyberger und Stieglitz, 1996). Diese Auffälligkeit in den Daten unserer Patienten könnte in einer familiären Disposition für Angststörungen begründet sein, die zu einer frühen und gehäuften Manifestation der Phobien innerhalb des Kolle-

tivs führte. Dies erscheint in Anbetracht der hohen elterlichen Lebenszeitprävalenz für die spezifische Phobie wahrscheinlich.

Die affektiven Störungen waren die häufigsten Zweiterkrankungen. Ihr im Vergleich zu den häufigsten Ersterkrankungen (Phobien, Zwangsstörung) üblicherweise höheres Alter bei Beginn (Häufigkeitsgipfel: 30. und 60. Lebensjahr; Haug, 1996) könnte zwar erklären, warum diese Störungen nicht als Ersterkrankungen auftraten. Es vermag jedoch nicht zu erklären, warum affektive Störungen am häufigsten als Zweiterkrankung auftraten, obwohl vier der Angststörungen (Trennungsangst-, Zwangsstörung, spezifische und soziale Phobie) jeweils niedrigere durchschnittliche Erkrankungsalter aufwiesen. Unter Berücksichtigung nur des durchschnittlichen Erkrankungsalters der Störungen, wären die affektiven Störungen somit nicht als häufigste Zweiterkrankungen zu erwarten. Es ist folglich anzunehmen, daß bei einem Teil der Patienten die affektiven Störungen zeitlich an eine andere Störung gebunden waren. Dies könnte einen kausalpathogenetischen Zusammenhang aufzeigen, ohne daß auf den ersten Blick eine auslösende Ersterkrankung zu erkennen ist. Unterstützend auf diese Aussage wirkt sich aus, daß Black et al. (1995) berichteten, bei 75% ihrer Patienten eine sekundäre Depression diagnostiziert zu haben.

Prädisposition für Angststörungen

Die Klassifizierung der Patienten entsprechend ihrer Ersterkrankung zeigte vor allem die folgenden Unterschiede.

Ein Teil der Patienten hatte eine hohe Vulnerabilität für Angststörungen. Hier war die Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung eine spezifische oder soziale Phobie mit Beginn im Schulalter. Es folgte durchschnittlich eine höhere Anzahl an Angststörungen (siehe Tabelle 16), hierunter auch die Zwangsstörung. Die Zwangsstörung trat in einem zeitlichen Abstand von etwa 15 Jahren nach der psychiatrischen Ersterkrankung auf, oft nachdem bereits eine weitere Störung aufgetreten war. Das Alter bei Beginn der Zwangsstörung (siehe Tabelle 16) war bei diesem Teil der Patienten höher als im Durchschnitt.

Im Gegensatz dazu zeigten Patienten, die zuerst an einer Zwangsstörung erkrankten, ein niedrigeres Alter bei Beginn der Zwangsstörung und eine deutlich niedrigere Bereitschaft, weitere Angststörungen zu entwickeln: die durchschnittliche Anzahl der

Angststörungen pro Person lag signifikant unter der der übrigen Patienten (siehe Tabelle 16 und Tabelle 17).

Die hohe Vulnerabilität für Angststörungen seitens der Patienten mit einer spezifischen oder einer sozialen Phobie als Ersterkrankung könnte durch eine vererbte Prädisposition bedingt sein, da bei den Eltern unserer Patienten erhöhte Lebenszeitprävalenzen für spezifische Phobien bei beiden Geschlechtern und auf weiblicher Seite auch für soziale Phobien und Panikstörungen (siehe Tabelle 9) gefunden wurden. Für das Auftreten der Zwangsstörung hingegen scheint bei diesem Teil der Patienten keine spezifische Prädisposition seitens der Eltern oder sporadischer Art vorgelegen zu haben, es ist vielmehr zu vermuten, daß im Laufe der Zeit eine Vielzahl von Angstsymptomen mit Überschneidungen zur Zwangssymptomatik durchlaufen wurden, von denen schließlich die Symptome der Zwangsstörung dominierten. Hierfür spricht die lange psychiatrische Anamnese mit einer hohen Anzahl an Angststörungen insgesamt sowie das späte Hervortreten einer Zwangssymptomatik, ohne daß seitens der Eltern eine erhöhte Lebenszeitprävalenz für Zwangsstörungen zu verzeichnen war.

Die Betrachtung derjenigen Fälle, bei denen eine Zwangsstörung die psychiatrische Ersterkrankung darstellte, legt die Vermutung nahe, daß bei diesem Teil der Patienten eine spezifische Prädisposition für Zwangsstörungen vorlag, die nicht unmittelbar die Bereitschaft zur Entwicklung weiterer Angststörung mit sich brachte. Für diese Aussage spricht, daß eine Zwangssymptomatik früher auftrat und sich im weiteren Verlauf nur eine mit der einer Normalbevölkerung vergleichbaren Anzahl Angststörungen hinzugesellte, also keine Prädisposition für Angststörungen allgemein vorlag.

An diesem Punkt stellt sich die Frage, ob man zwei verschiedene Formen der Zwangsstörung unterschiedlicher Entstehung und Ausprägung vor sich hat, von der eine Form eine schwächere Bindung zum Formenkreis der Angststörungen hat.

Die heutigen Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV ordnen die Zwangsstörung zwei unterschiedlich bezeichneten Störungsgruppen zu. In der ICD-10 ist dies die große Gruppe der „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“, die die dort aufgeführten Störungen aufgrund des historischen Zusammenhangs mit dem

Neurosenkonzept und eines großen Anteils psychischer Verursachung zusammenfaßt (Dilling et al., 1993). Im DSM-IV ist die Zwangsstörung entsprechend ihrer Symptomatik den Angststörungen zugeordnet. Diese unterschiedliche Systematik zeigt, daß eine übereinstimmende, allgemein anerkannte Zuordnung der Zwangsstörung noch nicht besteht, möglicherweise auch, weil unter der Diagnose einer Zwangsstörung sich unterscheidende Symptomenkomplexe zusammengefaßt werden können.

In weiterführenden Studien müßte unsere Hypothese überprüft werden, indem die Bindung der Zwangsstörung zum Spektrum der Angststörungen untersucht wird. Hierbei wären zwei Ansätze zu verfolgen. Ausgehend von einem Patientenkollektiv mit Angsterkrankungen, wäre zum einen zu klären, welche Rolle die Zwangsstörung im Krankheitsverlauf des Angstpatienten spielt. Zudem wäre zu untersuchen, ob sich die Zwangsstörung selbst in Verlauf und Symptomatik von den bisher angenommenen Merkmalen unterscheidet, wenn sie ohne komorbide Angststörungen auftritt. Es wäre hilfreich, um nicht nur auf den Vergleich von Diagnosen und ihren zeitlichen Charakteristika angewiesen zu sein, eine umfassende Erhebung auf der elementarsten Ebene, der Symptomebene, durchzuführen. Zwar wäre dies vermutlich nur in Verlaufsstudien zu realisieren, es hätte jedoch zum Vorteil, daß Unterschiede inhaltlicher und zeitlicher Art auf syndromaler Ebene aufdeckbar wären. Diese Untersuchungen wären unter Einbeziehung der elterlichen Störungen durchzuführen, um Rückschlüsse auf sich möglicherweise unterscheidende Prädispositionen zuzulassen.

Zwangsstörung als psychiatrische Ersterkrankung

War eine Zwangsstörung die Erstmanifestation einer psychiatrischen Störung, bestanden im Vergleich zu einer Normalbevölkerung (Studienergebnisse der ECA und NCS; Rasmussen und Eisen, 1990; Kessler et al., 1994) keine relevanten Unterschiede in den Lebenszeitprävalenzen der weiteren Angsterkrankungen. Nur die Lebenszeitprävalenz der spezifischen Phobie lag um rund 10% höher. Es zeigten sich jedoch in unserer Untersuchungsgruppe erhöhte Werte für affektive Störungen, deren Lebenszeitprävalenzen gegenüber einer Normalbevölkerung um 60% bis 75% höher lagen.

Unter der von Sciuto et al. (1995) formulierten Annahme, daß die psychiatrische Ersterkrankung die höchste genetische Penetranz besitzt, kann man davon ausgehen, daß Patienten mit einer Zwangsstörung als psychiatrische Ersterkrankung für den Verlauf einer Zwangsstörung die aussagekräftigsten Daten liefern. Somit läge ein Argument dafür vor, daß Zwangsstörungen in ihrer reinen Verlaufsform nicht etwa mit einer Disposition für Angststörungen, sondern für affektive Störungen einhergehen.

Zwangsstörung und affektive Störung

Die Klassifizierung der Patienten in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer affektiven Störung der Eltern erbrachte folgende Ergebnisse. Es traten in der ‚nicht vorbelasteten‘ Patientengruppe deutlich mehr affektive Störungen auf, und das Zeitintervall zwischen der Zwangsstörung und einer affektiven Störung war erheblich kürzer als dies in der Gruppe mit einer affektiven Vorbelastung der Fall war. Zudem lag in der ‚nicht vorbelasteten‘ Gruppe eine Häufung der affektiven Störungen als Zweiterkrankung bei einem hohen Anteil an Zwangsstörungen als Ersterkrankung vor. Das Alter bei Beginn der Zwangsstörung unterschied sich signifikant und lag bei ‚nicht vorbelasteten‘ Patienten leicht über, in der ‚vorbelasteten‘ Gruppe leicht unter den Literaturwerten (siehe Abschnitt 1.5.2).

Die Klassifizierung der Patienten sollte bewirken, daß der Anteil der Patienten mit einer affektiven Erkrankung, die in Zusammenhang mit einer unbestimmten familiären Disposition zu sehen sein könnte, von dem Anteil der Patienten getrennt betrachtet werden konnte, bei dem die affektiven Störungen in Zusammenhang mit der Zwangsstörung zu stehen schienen. Dementsprechend sprechen bei der affektiv ‚nicht vorbelasteten‘ Patientengruppe die hohe Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen, das kurze Zeitintervall zwischen Zwangsstörung und affektiver Störung sowie deren Reihenfolgeverteilung für einen kausalpathogenetischen Zusammenhang. Angesichts eines multifaktoriellen Erklärungsmodells der Zwangsstörung, könnte ein kausalpathogenetischer Zusammenhang auf psychodynamischer oder neurobiologischer Ebene begründet sein. Darüber hinaus könnten genetische Faktoren vorliegen, die in ihrer Kombination Einfluß auf die Pathogenese sowohl der Zwangsstörung als auch der affektiven Störungen nehmen. Fraglich bleibt, ob das niedrige

Alter bei Beginn in der Patientengruppe mit einer affektiven Vorbelastung in Zusammenhang mit eben dieser Vorbelastung zu sehen ist.

Ob die Assoziation zwischen einer Zwangsstörung und affektiven Störungen in ihren unterschiedlichen Ausprägungsformen gleich stark ist, bleibt fraglich. Tendenziell schienen die nicht affektiv vorbelasteten Patienten eher an Depressionen und bipolaren Störungen zu erkranken, nicht aber an Dysthymien.

Die genannten Ergebnisse und Schlußfolgerungen berufen sich auf den Vergleich zweier Gruppen mit Fallzahlen von 13 und 15 Patienten. Dies macht eine Überprüfung der getroffenen Aussagen durch zukünftige Untersuchungen unbedingt erforderlich.

Schlußfolgerung

Unter den Eltern der Patienten mit einer Zwangsstörung fanden sich erhöhte Werte für Angststörungen, nicht jedoch für die Zwangsstörung. Diese erhöhten Werte bei den Eltern lassen eine Prädisposition für Angststörungen bei den Patienten vermuten. Seitens der Patienten könnte diese Prädisposition zu den hohen Lebenszeitprävalenzen für Angststörungen geführt haben und sich im frühen und häufigen Auftreten der spezifischen und sozialen Phobien geäußert haben. Ob diese Prädisposition für Angststörungen allgemeiner Natur ist und so auch die Entstehung der Zwangsstörungen begünstigte, ist in Frage zu stellen. Da die Zwangsstörung erst etwa 15 Jahre nach der psychiatrischen Ersterkrankung, meist einer Angststörung, auftrat und sich zwischenzeitlich vielmals weitere Störungen hinzugesellten, ist eher davon auszugehen, daß nach Durchlaufen einer Vielzahl von Angstsymptomen schließlich die einer Zwangsstörung hervortraten. Für die Existenz eines spezifischen, für die Zwangsstörung disponierenden Faktors spricht, daß bei Patienten, deren psychiatrische Erstmanifestation eine Zwangsstörung war, diese ein niedrigeres Alter bei Beginn aufwies und keine erhöhten Werte für weitere Angststörungen vorlagen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen die Schlußfolgerung zu, daß unter den untersuchten Patienten zwei Formen der Zwangsstörung bestehen, die sich in Prädisposition, lebenszeitlichem Verlauf und der Bindung zum Formenkreis der Angststörungen unterscheiden. Eine Überprüfung dieser Aussage sollte in weiterführenden Studien durch die Untersuchung der Bindung zwischen der Zwangsstörung und den übrigen Angst-

störungen erfolgen, in der in einem ausgeweiteten Beobachtungszeitraum zeitliche und inhaltliche Merkmale von Symptomen erfaßt werden.

Die hohe, vielfach in der Literatur beschriebene Komorbidität für affektive Störungen bei Patienten mit einer Zwangsstörung lag auch in unserem Kollektiv vor, ohne daß unter den Eltern der Patienten erhöhte Lebenszeitprävalenzen für affektive Störungen zu verzeichnen gewesen wären. Ohne eine familiäre Vorbelastung ist eine vererbte Prädisposition für die Entwicklung affektiver Störungen nicht anzunehmen. Um die äußerst hohe Assoziation zwischen beiden Störungen zu erhellen, ist nach kausalpathogenetischen, auf psychodynamischer und neurobiologischer Ebene stattfindenden Vorgängen, und nach genetischen Faktoren, die in ihrer Kombination Einfluß auf die Pathogenese sowohl der Zwangsstörung als auch der affektiven Störungen nehmen, zu suchen. Unsere Studie konnte diesbezüglich zeigen, daß bei Patienten ohne familiäre Vorbelastung, affektive Störungen überdurchschnittlich häufig als komorbide Störungen auftraten und überwiegend nach einem verkürzten Zeitintervall auf die Zwangsstörung folgten. Weiterführende Forschungsansätze müßten die Assoziation der beiden Störungen auf psychodynamischer, neuro- und molekularbiologischer Ebene untersuchen, um der postulierten multifaktoriell bedingten Entstehung einer Zwangsstörung gerecht zu werden.

5. Literatur

American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Revised 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association: 1987

American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, DSM-IV. -4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association: 1994

Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E: Psychiatric Disorders in the Families of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Res*, 1991; 42:111-120

Black A: The natural history of obsessional neurosis. In: Beech HR (ed): *Obsessional States*. London, Methuen Co, 1974; 1-23

Black DW, Goldstein RB, Noyes R, Blum N: Psychiatric disorder in relatives of probands with obsessive-compulsive disorder and co-morbid major depression or generalized anxiety. *Psychiatric Genetics*, 1995; 5:37-41

Black DW, Noyes R, Goldstein RB, Blum N: A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49:362-368

Bland RC, Newman SC, Orn H: Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 77 (Suppl 338), 1988; 33-42

Bourdon KH, Rae DA, Locke BZ, Narrow WE, Regier DA: Estimating the prevalence of mental disorders in U.S. adults from the Epidemiologic Catchment Area Study, *Public Health Rep* 107:663-668, 1992

Brown FW: Heredity in the psychoneurosis. *Proc R Soc Med*, 1942; 35: 785-790

Brown TA, Barlow DH: Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992; 60:835-844

Crino RD, Andrews G: Obsessive-Compulsive Disorder and Axis I Comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 1996; 10/1:37-46

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 2. Aufl. Bern; Göttingen; Toronto: Huber 1993

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien. 1. Aufl. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber 1994

Dührssen A: Psychologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Verlag für Medizinische Psychologie Göttingen, 1974

Endicott J, Spitzer RL: A diagnostic Interview. The schedule for affective disorders and schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 1978, 35:837-844

Endicott J, Spitzer RL: A diagnostic interview. The schedule for affective disorders and schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 1978; 35:837-844

Feinstein AR: The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. Journal of Chronic Diseases, 1970; 23:455-468

Fichter MM, Narrow WE, Roper MT, Rehm J, Elton M, Rae DS, Locke BZ, Regier DA: Prevalence of Mental Illness in Germany and the United States. Comparison of the Upper Bavarian Study and the Epidemiologic Catchment Area Program. J Nerv Ment Dis, 1996; 184:598-606

Flament M, Whitaker A, Rapoport J, et al: Obsessive compulsive disorder in adolescence on epidemiologic study. J Am Acad Child Adolesc Psych 27:764-771, 1988

Freud S: Die Abwehr – Neuropsychosen. In: Gesammelte Werke, Bd 1. Fischer Verlag Frankfurt/ M. 1960

Freyberger HJ, Stieglitz RD: Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger Verlag Basel 1996; 169-175

Fyer AJ, Endicott J, Klein DF: Schedule for affective disorders and schizophrenia - lifetime version, modified for the study of anxiety disorders, 1985. Updated for DSM IV (SADS-LA IV). Anxiety Family Genetic Unit New York State Psychiatric Institute 1995

Griesinger W: Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Arch Psychiat 1968/69; 1:626-635

Haug HJ: Affektive Störungen. In: Freyberger HJ, Stieglitz RD: Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Karger Verlag Basel 1996; 136-168

Hollingsworth C, Tanguay P, Grossman L, et al: Long-term outcome of obsessive compulsive disorder in childhood. J Am Acad Child Psychiatry 9, 1980; 134-144

Hoover C, Insel TR: Families of Origin in Obsessive-Compulsive Disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1984; 172/4:207-215

Huber G: Psychiatrie. Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 5. Aufl. Schattauer Verlag Stuttgart 1994; 466-468

Insel TR, Hoover C, Murphy DL: Parents of patients with obsessive-compulsive neurosis. Br J Psychiatry, 1983; 13:807-811

Kayton L, Borge GF: Birth order and obsessive compulsive character. Arch Gen Psychiatry 17, 1967; 751-754

Kessler RC, McGonagle KA, Zhai S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results From the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 1994; 51:8-19

Knölker U: Zwangssymptome im Kindes- und Jugendalter. In: Hand I, Goodman WK, Evers U: Zwangsstörungen. Neue Forschungsergebnisse. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1992;24-36

Krafft Ebing R von: Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurteilung krankhafter Gemüthszustände, 1867; in: Krafft-Ebing R von: Ueber Geistesstörung Durch Zwangsvorstellungen. Allg Z Psychiat Psych Gericht Med 1879; 35:303-328

Kringlen E: Obsessional neurotics: a long term follow-up. Br J Psychiatry, 1965; 111:709-722

Lenane MC, Swedo SE, Leonhard H et al: Psychiatric disorder in first-degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J, Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29:407-412

Lensi P, Cassano, GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS: Obsessive-Compulsive Disorder. Familial-Developmental History, Symptomatology, Comorbidity and Course with Special Reference to Gender-Related Differences. Br J Psychiatry, 1996; 169:101-107

Lewis A: Problems of obsessional illness. Proc R Soc Med, 1936; 36:325-336

Lo WH: A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese. Br J Psychiatry, 1967; 113:823-832

Maier W, Franke P, Heun R: Co-morbidity and co-segregation in psychiatric genetics. Baillière's Clinical Psychiatry, 1996; 2/1:83-98

Mannuzza S, Fyer AJ, Klein DF, Endicott J: Schedule for affective disorders and schizophrenia - lifetime version modified for the study of anxiety disorders (SADS-LA): Rationale and conceptual development. J Psychiat Res, 1986; 20: 317-325

McKeon P, Murray R: Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. Br J Psychiatry, 1987; 151:528-534

Mentzos S: Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Fischer Verlag Frankfurt/M. 1991; 165

Nicolini H, Weissbecker K, Mejia JM, Carmona MS: Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder in a Mexican Population. Arch Med Res, 1993; 24/2:193-198

- Nuechterlein KH: Vulnerability models for schizophrenia: state of the art. In: Häfner H, Gattaz WF, Janzarik W (ed): Search for the causes of schizophrenia. Springer, Berlin 1987; 297-316
- Pauls DL, Alsobrook JP, Phil M, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF: A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 1995; 152:76-84
- Pitman RK, Green RC, Jenike MA, Mesulam MM: Clinical Comparison of Tourette's Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 1987; 144:1166-1171
- Rapoport JL (ed): Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1989
- Rasmussen SA, Eisen JL: Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* 51/2 Suppl, 1990; 10-13
- Rasmussen SA, Eisen JL: The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 15/4, 1992; 743-758
- Rasmussen SA, Tsuang MT: Clinical characteristics in family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 1986; 143:317-322
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK: The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*, 50:85-94, 1993
- Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI, Leckman JF, Cohen DJ: Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Phenomenology and Family History. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990; 29/5:766-772
- Robins LN, Locke BZ, Regier DA: An overview of psychiatric disorders in America; in: Robins LN, Regier DA, (eds): *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, NY: Free Press 328-366, 1991
- Rosenberg CM: Familial aspects of obsessional neurosis. *Br J Psychiatry*, 1967; 113:405-413
- Rüdin E: Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *Arch Gen Psychiatry Nerven* 1953; 191:14-54,
- Sciuto G, Pasquale L, Bellodi L: Obsessive Compulsive Disorder and Mood Disorders: A Family Study. *Am J of Medical Genetics*, 1995; 60:475-479
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung Bonn, 1997; 340:37, 40

Tsuang MT: Birth order and maternal age of psychiatric inpatients. *Br J Psychiatry* 112, 1966; 1131-1141

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, daß ich die vorliegende Dissertation selbständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

persönliche Information

3.12.1973 geboren in Düren als drittes von vier Kindern des Architekten Dipl.-Ing. Reiner Lehmkuhl und seiner Ehefrau Liselotte Lehmkuhl, geb. Baller, Lehrerin
Familienstand: ledig

Ausbildung

1993 deutsches und französisches Abitur, Note: 2,0

Feb.1994 – Mrz. 2001 Studium der Medizin an der RWTH Aachen, der Universität Bonn und der Freien Universität zu Berlin

Apr. 1996 Ärztliche Vorprüfung in Bonn

Okt. 1996 – Mrz. 2000 Ausarbeitung meiner Dissertation in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Bonn unter Leitung von Herrn Priv.-Doz. H.J. Freyberger

Apr. 1997 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in Bonn

Apr. 2000 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in Berlin

Apr. 2000 – Mrz. 2001 Praktisches Jahr im
– Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Berlin, Abteilung für Innere Medizin
– Unfallkrankenhaus Berlin, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
– Unfallkrankenhaus Berlin, Institut für Radiologie

Juli 2001 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in Berlin.
Gesamtnote: gut.

Aug. 2001 Arzt im Praktikum in der Abteilung für Diagnostische Radiologie der Charité – Campus Virchow-Klinikum

Veröffentlichungen

Grabe, Lehmkuhl, Goldschmitt, Maier, Freyberger: "Komorbidität bei Patienten mit Zwangsstörung", Der Nervenarzt, Bd. 69 Supp. 1, S. 107

Grabe, Goldschmidt, Lehmkuhl, Gänsicke, Spitzer, Freyberger: „Dissociative Symptoms in Obsessive-Compulsive Dimensions“, Psychopathology 32/6/99, S. 319

Berlin im August 2001,

Lukas Lehmkuhl

Danksagung

Herrn Universitätsprofessor Dr. Harald J. Freyberger danke ich sehr herzlich für die freundliche Überlassung des Themas und seine stets aufgeschlossene Betreuung.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Dr. Hans Grabe für die Einführung in die wissenschaftliche und statistische Methodik. Seine freundschaftliche Bereitschaft zu Rat und Diskussion waren mir Unterstützung und Bereicherung zugleich.

Ich danke meinen Eltern Liselotte und Reiner Lehmkuhl sowie Frau Francesca Regen für ihre Unterstützung und ihren geduldigen Rat während der Fertigstellung dieser Arbeit.