

Woldt, Lea / Schneider, Nora / Pfeiffer, Ernst / Lehmkuhl, Ulrike und
Salbach-Andrae, Harriet

Psychiatrische Störungen bei Eltern essgestörter Patientinnen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 4, S. 302-313

urn:nbn:de:bsz-psydok-49868

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Psychiatrische Störungen bei Eltern essgestörter Patientinnen

Lea Woldt, Nora Schneider, Ernst Pfeiffer, Ulrike Lehmkuhl
und Harriet Salbach-Andrae

Summary

Psychiatric Disorders Among Parents of Patients With Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

Family diseases represent a risk factor in the multifactorial etiology model regarding the genesis of eating disorders. In German-speaking countries only a few studies give attention to this topic. The aim of this study is to investigate the occurrence frequency of psychiatric disorders and personality styles among parents of juvenile patients with eating disorders. Furthermore a comparison between parents of patients with restrictive anorexia nervosa (AN-R) and parents of patients with bulimia nervosa (BN) is carried out. Psychiatric disorders listed on Axis I and Axis II of DSM-IV (American Psychiatric Association (APA), 1994) and personality styles were assessed in 73 mothers and fathers of 27 patients with AN-R and 13 patients with BN. The results show a high psychiatric strain among parents of patients with AN-R and BN. However the overall psychiatric strain does not differ among the parents of patients with AN-R and BN. Depressive disorders were more frequently observed among mothers of patients with AN-R. Parents of patients with BN showed higher occurrences of paranoid and schizotypal personality styles. A vulnerability of psychiatric disorders is indicated among parents of patients with eating disorders in general but nonspecific for AN-R or BN.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 302-313

Keywords

anorexia nervosa – bulimia nervosa – psychiatric disorders – parents

Zusammenfassung

Familiäre psychiatrische Erkrankungen stellen im multifaktoriellen Ätiologiemodell zur Genese von Essstörungen einen Risikofaktor dar. Im deutschsprachigen Raum haben sich nur wenige Studien mit diesem Thema befasst. Ziel unserer Studie ist die Untersuchung von Auftretshäufigkeiten psychiatrischer Störungen und Persönlichkeitsstilen bei Eltern essgestörter jugendlicher Patientinnen. Dabei erfolgt ein Vergleich zwischen Eltern von Patientinnen mit restriktiver Anorexia nervosa (AN-R) und Eltern von Patientinnen mit Bulimia nervosa (BN) hinsichtlich dieser Störungen. 73 Mütter und Väter von 27 Patientinnen mit AN-R und 13 Patientinnen mit BN wurden bezüglich psychiatrischer Störungen auf Achse I und Achse II nach DSM-IV (APA, 1994) mittels strukturierter Interviews (CIDI-DIA-X; SKID-II) untersucht. Persönlichkeitsstile wurden mit dem Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) erfasst. Es zeigt sich eine hohe psychiatrische Belastung der Eltern von Patientinnen

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 302 – 313 (2010), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

mit AN-R und BN. Diese Belastung unterschied sich insgesamt jedoch nicht zwischen den Eltern von Patientinnen mit AN-R und BN. Depressive Störungen wurden bei Müttern von Patientinnen mit AN-R häufiger beobachtet. Eltern von Patientinnen mit BN wiesen stärkere Ausprägungen hinsichtlich paranoider und schizotypischer Persönlichkeitsstile auf. Bei den Eltern essgestörter Jugendlicher bestätigt sich eine Vulnerabilität für psychiatrische Erkrankungen insgesamt, nicht aber für eine essstörungsspezifische Häufung.

Schlagwörter

Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – psychiatrische Störungen – Eltern

1 Hintergründe

Für die Genese und Aufrechterhaltung von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter wird ein multifaktorielles Ätiologiemodell angenommen und somit eine Vielzahl möglicher Risikofaktoren postuliert. Neben biologischen und soziokulturellen Faktoren sowie kritischen Lebensereignissen und entwicklungsspezifischen Anforderungen scheinen individuell persönlichkeitsbedingte und familiäre Faktoren einen wesentlichen Beitrag zu leisten (Herpertz-Dahlmann, 2003). Familienmitglieder essgestörter Patientinnen scheinen im besonderen Maße psychisch belastet. So konnten Treasure et al. (2001) zeigen, dass sich Angehörige erwachsener Patientinnen mit AN stärker belastet fühlen als Angehörige psychotischer Patientinnen. Zudem können bei Familienmitgliedern essgestörter Patientinnen gehäuft psychiatrische Auffälligkeiten beobachtet werden (Jacobi, Paul, Thiel, 2004). Die meisten Untersuchungen weisen auf ein gehäuftes Auftreten von Essstörungen und anderen psychiatrischen Störungen wie Affektiven Störungen oder Zwangsstörungen bei Angehörigen von Patienten mit AN im Gegensatz zu Angehörigen gesunder Probanden hin (Winokur, March, Mendeles, 1980; Rivinus et al., 1984; Logue, Crowe, Bean, 1989; Lilienfeld, Kaye, Greeno, 1998). Auch bei Angehörigen von Patienten mit BN ließen sich signifikant mehr Erkrankungen als bei Angehörigen gesunder Probanden feststellen. So dokumentieren einige Studien die Häufung von Essstörungen und Abhängigkeitsstörungen innerhalb der Familien von Patienten mit BN im Vergleich zu Angehörigen gesunder Probanden (Kassett et al., 1989; Keck et al., 1990; Lilienfeld et al., 1997). Ein Vergleich zwischen den beiden Essstörungsformen AN und BN und einer gesunden Kontrollgruppe (KG) zeigt eine stärkere psychiatrische Belastung der Angehörigen von Patienten mit BN. Diese weisen im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen signifikant häufiger Substanz- und Affektive Störungen auf. Zudem ergibt sich eine Häufung von Essstörungen in den Familien von Patienten mit AN und BN gegenüber den Familien von gesunden Probanden (Lilienfeld et al., 1998; Fairburn, Cooper, Doll, Welch, 1999; Strober, Freeman, Lampert, Diamond, Kaye, 2000).

Im deutschen Sprachraum wurden zu diesem Thema bislang nur wenige Untersuchungen veröffentlicht. Es existieren bis dato lediglich zwei Studien, die sich mit dem Auftreten psychiatrischer Erkrankungen bei Familien essgestörter Patienten beschäftigen. Herpertz-Dahlmann (1988) zeigte in ihrer Untersuchung eine erhöhte Rate von Essstörungen, depressiven Erkrankungen und Alkoholabusus bei Verwandten von Patienten mit AN im Vergleich zu Verwandten gesunder Probanden. Eine aktuelle Studie von Wagner et al. (2008) strebte darüber hinaus einen Vergleich zwischen den Familienmitgliedern von Patienten mit AN und BN sowie von depressiven und gesunden Probanden an. Es zeigte sich ein erhöhtes Auftreten von AN und depressiven Störungen bei Verwandten von Patienten mit AN und BN gegenüber der gesunden Kontrollgruppe. Einschränkungen in der bisherigen Studienlage verdeutlichen sich durch die eingesetzten Diagnoseinstrumente, die eine Erfassung von psychiatrischen Erkrankungen der Angehörigen nur indirekt erlauben, indem Angehörige über andere Angehörige befragt werden. So wurde neben dem „Eating Disorders Family History Interview“ (Strober, 1987) beispielsweise das „Family History Interview for Genetic Studies (FIGS; Maxwell, 1992) eingesetzt, das die Befragung von Familienmitgliedern über andere nicht mehr erreichbare Angehörige erlaubt. Darüber hinaus wurden bislang hauptsächlich psychiatrische Erkrankungen auf Achse I erfasst, eine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (PS) auf Achse II blieb hingegen aus. Nur zwei Studien erfassten einen Teil der auf Achse II beschriebenen Störungen. So beziehen Kassett et al. (1989) lediglich die Antisoziale PS in ihre Analyse ein und Lilienfeld et al. (1998) die Zwanghafte PS sowie die Cluster-B PS (Borderline PS, Histrionische PS, Narzisstische PS). Sie berichten, dass Angehörige von Patienten mit BN im Vergleich zu anderen Gruppen häufiger Antisoziale PS aufweisen, wohingegen Angehörige von Patienten mit AN in der Studie von Lilienfeld et al. (1998) höhere Diagnoseraten einer Zwanghaften PS zeigen.

Unsere Studie verfolgt das Ziel, psychiatrische Störungen inklusive Persönlichkeitsstörungen bei Eltern von Patientinnen mit AN-R und BN zu untersuchen. Hierbei soll ein Vergleich zwischen den Eltern der beiden Diagnosegruppen erfolgen.

2 Methodik

2.1 Stichprobenbeschreibung

Die Eltern-Stichprobe umfasst insgesamt 73 Eltern, die sich insgesamt betrachtet hinsichtlich des Alters nicht signifikant unterscheiden (s. Tab. 1). Nach Geschlecht betrachtet waren die Mütter im Mittel 44,7 (SD = 4,2) Jahre und die Väter 47,0 (SD = 6,3) Jahre alt. Die Mütter von Patientinnen mit AN-R und BN unterschieden sich signifikant hinsichtlich des Alters, wohingegen dies bei den Vätern nicht der Fall war (s. Tab. 1). Von den 73 Eltern lebten 54 zusammen (74 %). Die Mehrheit der Eltern war berufstätig (90 %), lediglich sechs Eltern gingen keiner beruflichen Tätigkeit nach. Eine Mutter gab an zu studieren. Die beiden Elterngruppen unterschieden sich hinsichtlich des erreichten

Schulabschlusses. Die Eltern von Patientinnen mit AN-R wiesen höhere Schulabschlüsse auf als die Elterngruppe von Patientinnen mit BN ($\chi^2 = 14.7$; $df = 7$; $p = .039^*$). Die Eltern wurden um Angabe von Größe und Gewicht zur Errechnung des Body Mass Index (BMI) gebeten. Im Mittel zeigten die Eltern von Patientinnen mit BN einen höheren BMI, es ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Lediglich beim Vergleich der Mütter der Patientinnen mit AN und BN offenbarte sich ein tendenzieller Unterschied: Mütter der Patientinnen mit BN wiesen im Vergleich zu Müttern der Patientinnen mit AN einen höheren BMI auf (s. Tab. 1). Diese Erkenntnisse spiegeln die aktuelle Befundlage wider, nach der elterliches Übergewicht als ein Risikofaktor für die Genese von BN gesehen wird (Jacobi et al., 2004). Insgesamt konnten bei vier Müttern und Vätern (5,5 %) aus organisatorischen Gründen keine Interviews durchgeführt werden, so dass für diese Personen lediglich die Fragebogenwerte in die Analysen eingingen. Der Rücklauf der Fragebögen beträgt 81 %.

Die beschriebene Stichprobe umfasst 51 Elternteile von 27 Patientinnen mit AN-R (DSM-IV: 307.1; APA, 1994) und 22 Elternteile von 13 Patientinnen mit BN (DSM-IV: 307.51; APA, 1994), die im Zeitraum von Januar 2005 bis Mai 2008 in unserer Klinik ambulant oder stationär behandelt wurden. Das Alter der Patientinnen lag zwischen 12,7 und 18,7 Jahren ($M = 15,9$ Jahre; $SD = 1,6$). Erwartungsgemäß unterschieden sich die beiden Patientinnengruppen hinsichtlich des Alters signifikant voneinander (s. Tab. 1). Ausschlusskriterien waren begleitende körperliche Erkrankungen sowie Psychosen bei den Patientinnen oder Eltern.

Tabelle 1: Stichprobencharakteristika (* $p < .05$)

	AN-R		BN		Signifikanz
	M (SD)	N	M (SD)	N	
Alter der Patientinnen (in Jahren)	15.5 (0.2)	27	16.8 (0.3)	13	$T = 2.5$; $df = 38$; $p = .017^*$
Alter der Eltern (in Jahren)	45.0 (5.5)	51	47.5 (4.8)	22	$T = 1.9$; $df = 71$; $p = .066$
Alter der Väter (in Jahren)	46.4 (6.5)	23	48.3 (6.1)	10	$T = 0.8$; $df = 31$; $p = .434$
Alter der Mütter (in Jahren)	43.8 (4.2)	28	46.8 (3.6)	12	$T = 2.1$; $df = 38$; $p = .039^*$
BMI der Väter	26.5 (4.2)	8	28.3 (3.5)	6	$T = 0.9$; $df = 12$; $p = .411$
BMI der Mütter	22.8 (2.4)	11	26.0 (5.0)	8	$T = 1.9$; $df = 17$; $p = .079$

2.2 Diagnostische Verfahren

2.2.1 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen

Das SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz, Wittchen, 1997) stellt die deutschsprachige Version der US-amerikanischen Originalversion (First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 1995) für Erwachsene dar. Es ist ein halbstrukturiertes Interview zur Diagnostik der zehn auf Achse II sowie der zwei zusätzlichen, im Anhang des DSM-IV (APA, 1994) aufgeführten PS-Diagnosen. Es handelt sich um ein zweistufiges Verfahren aus Fragebogen

und anschließendem Interview. Im Interview findet eine dreistufige Beurteilung („Kriterium voll erfüllt“, „Kriterium unterschwellig erfüllt“ und „Kriterium nicht erfüllt“) durch den Interviewer statt. Studien ergaben für das SKID-II akzeptable bis gute Interrater- und Retest-Reliabilitäten (Arntz et al., 1992; First et al., 1995; Fydrich, Schmitz, Hennsch, Bodem, 1996; Renneberg, Chanbless, Dowdall, Fauerbach, Gracely, 1992).

2.2.2 Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen

Das CIDI-DIA-X (Wittchen u. Pfister, 1997) ist ein etabliertes modulares und flexibles diagnostisches Beurteilungssystem psychischer Störungen nach den Forschungskriterien von DSM-IV (APA, 1994). Es stellt eine überarbeitete und erweiterte Version des Composite International Diagnostic Interviews (CIDI; World Health Organization/WHO, 1990) dar. Die Interrater-, Retest-Reliabilitäten sowie die Konstruktvalidität sind vergleichbar mit anderen strukturierten diagnostischen Interviews (Cottler et al., 1991; Wittchen, 1994; Wittchen et al. 1989).

2.2.3 Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar

Das PSSI (Kuhl u. Kazén, 1997) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, bestehend aus 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet sind. Das PSSI erfasst die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen, die als nicht-pathologische Entsprechungen der psychiatrischen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen konzipiert sind. Die Skalen weisen eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbach's $\alpha = 0.75-0.86$; Kuhl u. Kazén, 1997).

2.3 Statistische Analysen

Die statistische Berechnung erfolgte mit Hilfe von SPSS (Version 14.0). Zur Überprüfung von Gruppenunterschieden bezüglich der Häufigkeit von psychiatrischen Störungen auf Achse I und II nach DSM-IV (APA, 1994) sowie sozioökonomischen Angaben wurden Chi-Quadrat-Tests verwendet. T-Tests wurden zur Analyse der Alters-, und BMI-Angaben sowie zur Unterscheidung der beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstile angewendet. Das Signifikanzniveau wurde a priori auf $\alpha = 0.05$ festgelegt.

3 Ergebnisse

3.1 Psychiatrische Störungen auf Achse I

Insgesamt wiesen 34 (70,8 %) Mütter und Väter von Patientinnen mit AN-R sowie 15 Mütter und Väter (71,4 %) von Patientinnen mit BN psychiatrische Störungen (Lebenszeitdiagnosen) auf Achse I nach DSM-IV (APA, 1994) auf. Tabelle 2 zeigt die Gegenüberstellung der prozentualen Anteile familiärer Belastungen getrennt nach AN-R und

BN. Die psychiatrische Belastung war in beiden Gruppen etwa gleich hoch (70,8 % vs. 71,4 %). Bei Betrachtung der Diagnoseverteilung zeigt sich, dass Substanzstörungen¹ (37,5 % bzw. 42,9 %) am häufigsten diagnostiziert wurden, gefolgt von Affektiven Störungen (31,3 % bzw. 23,8 %) und Angststörungen (18,8 % bzw. 14,3 %). Eine untergeordnete Rolle spielen hingegen Zwangsstörungen (2,1 % bzw. 4,8 %), Posttraumatische Belastungsstörungen (0 % bzw. 4,8 %), Somatoforme Störungen (8,3 % bzw. 9,5 %) sowie Essstörungen (0 % bzw. 4,8 %). Signifikante Unterschiede waren bezüglich der Diagnosestellung unter Berücksichtigung des Geschlechts zu verzeichnen (s. Tab. 3). Mütter beider Gruppen wiesen signifikant häufiger psychiatrische Belastungen auf als Väter. Zudem wurden bei ihnen häufiger affektive Störungen diagnostiziert.

Tabelle 2: Achse I Diagnosen (CIDI-DIA-X) der Eltern verglichen nach AN-R und BN

	AN-R (n = 48)	BN (n = 21)	Signifikanz
psychiatrische Störungen allgemein	70,8 % (n = 34)	71,4 % (n = 15)	$\chi^2 = 0.0$; df = 1; p = .600
Substanzstörungen	37,5 % (n = 18)	42,9 % (n = 9)	$\chi^2 = 0.2$; df = 1; p = .437
Affektive Störungen	31,3 % (n = 15)	23,8 % (n = 5)	$\chi^2 = 0.4$; df = 1; p = .373
Angststörungen	18,8 % (n = 9)	14,3 % (n = 3)	$\chi^2 = 0.2$; df = 1; p = .471
Zwangsstörungen	2,1 % (n = 1)	4,8 % (n = 1)	$\chi^2 = 0.4$; df = 1; p = .519
Posttraumatische Belastungsstörungen	0 % (n = 0)	4,8 % (n = 1)	$\chi^2 = 2.3$; df = 1; p = .304
Somatoforme Störungen	8,3 % (n = 4)	9,5 % (n = 2)	$\chi^2 = 0.0$; df = 1; p = .598
Essstörungen	0 % (n = 0)	4,8 % (n = 1)	$\chi^2 = 2.3$; df = 1; p = .304

Tabelle 3: Achse I Diagnosen (CIDI-DIA-X) der Eltern verglichen nach Geschlecht (* p < .05)

	Mütter (n = 37)	Väter (n = 32)	Signifikanz
psychiatrische Störungen allgemein	83,8 % (n = 31)	56,3 % (n = 18)	$\chi^2 = 6.3$; df = 1; p = .012*
Substanzstörungen	35,1 % (n = 13)	43,8 % (n = 14)	$\chi^2 = 0.5$; df = 1; p = .314
Affektive Störungen	40,5 % (n = 15)	15,5 % (n = 5)	$\chi^2 = 5.2$; df = 1; p = .021*
Angststörungen	24,3 % (n = 9)	9,4 % (n = 3)	$\chi^2 = 2.7$; df = 1; p = .093
Zwangsstörungen	5,4 % (n = 2)	0 % (n = 0)	$\chi^2 = 1.8$; df = 1; p = .284
Posttraumatische Belastungsstörungen	2,7 % (n = 1)	0 % (n = 0)	$\chi^2 = 0.9$; df = 1; p = .536
Somatoforme Störungen	10,8 % (n = 4)	6,3 % (n = 2)	$\chi^2 = 0.5$; df = 1; p = .409
Essstörungen	2,7 % (n = 1)	0 % (n = 0)	$\chi^2 = 0.9$; df = 1; p = .536

3.2 Psychiatrische Störungen auf Achse II: Persönlichkeitsstörungen

16,3 % der Eltern von Patientinnen mit AN-R sowie 9,5 % der Eltern von Patientinnen mit BN erfüllten die Kriterien einer PS, wobei sich zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede ergaben. Auch bei Unterscheidung der Elterngruppen nach Geschlecht offenbarten sich keine signifikanten Unterschiede (s. Tab. 4).

1 Hierunter fallen Störungen durch Nikotin, Alkohol und andere psychotrope Substanzen.

Tabelle 4: Achse II Diagnosen (SKID-II) der Eltern verglichen nach AN-R und BN

	AN-R (n = 48)	BN (n = 21)	Signifikanz
psychiatrische Störungen allgemein	16.3 % (n = 8)	9.5 % (n = 2)	$\chi^2 = 0.6$; df = 1; p = .368
Selbstunsichere PS	6.1 % (n = 3)	5 % (n = 1)	$\chi^2 = 0.0$; df = 1; p = .671
Zwanghafte PS	4.1 % (n = 2)	10 % (n = 2)	$\chi^2 = 0.9$; df = 1; p = .329
Depressive PS	6.1 % (n = 3)	0 % (n = 0)	$\chi^2 = 1.3$; df = 1; p = .352
Borderline PS	2 % (n = 1)	0 % (n = 0)	$\chi^2 = 0.4$; df = 1; p = .710
Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit/Adoleszenz	4.1 % (n = 2)	0 % (n = 0)	$\chi^2 = 0.8$; df = 1; p = .501

3.3 Persönlichkeitsdimensionen (PSSI)

T-Tests für unabhängige Stichproben ergaben signifikante Unterschiede zwischen den beiden Elterngruppen bezogen auf die Skalen „eigenwillig-paranoid“ (T = 2.3;

Tabelle 5: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der PSSI-Skalen verglichen nach beiden Elterngruppen (* p < .05)

Skalen	AN-R (n = 44)	BN (n = 15)	Signifikanz
	M (SD)	M (SD)	
selbstbestimmt-antisozial	44,1 (8,5)	45,1 (6,8)	T = 0.4; df = 57; p = .662
eigenwillig-paranoid	42,4 (8,6)	48,0 (6,4)	T = 2.3; df = 57; p = .027*
zurückhaltend-schizoid	51,1 (8,5)	54,1 (7,4)	T = 1.2; df = 57; p = .224
selbstkritisch-selbstunsicher	44,2 (10,1)	44,1 (8,8)	T = 0.0; df = 57; p = .969
sorgfältig-zwanghaft	54,2 (8,5)	54,3 (7,6)	T = 0.1; df = 57; p = .951
ahnungsvoll-schizotypisch	38,2 (5,7)	43,0 (7,7)	T = 2.5; df = 57; p = .015*
optimistisch-raphsodisch	49,5 (7,9)	48,7 (7,6)	T = 0.2; df = 57; p = .743
ehrgeizig-narzisstisch	40,9 (9,1)	35,7 (8,3)	T = 1.9; df = 57; p = .057
kritisch-negativistisch	41,3 (10,6)	43,5 (7,1)	T = 0.7; df = 57; p = .460
liebenswürdig-abhängig	45,5 (10,5)	47,5 (9,5)	T = 0.6; df = 57; p = .519
spontan-borderline	40,9 (8,3)	39,4 (5,4)	T = 0.6; df = 57; p = .545
liebenswürdig-histrionisch	43,8 (7,9)	45,0 (8,2)	T = 0.5; df = 57; p = .602
still-depressiv	45,3 (9,3)	45,1 (7,0)	T = 0.1; df = 57; p = .931
hilfsbereit-selbstlos	49,0 (10,8)	46,9 (7,6)	T = 0.7; df = 57; p = .493

df = 57; p = .027*) und „ahnungsvoll-schizotypisch“ (T = 2.5; df = 57; p = .015*). Die Eltern von Patientinnen mit BN wiesen signifikant höhere Werte auf als die Eltern von Patientinnen mit AN (s. Tab. 5).

4 Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen das erhöhte Auftreten von psychiatrischen Störungen bei Eltern essgestörter Patientinnen. So zeigten insgesamt 70,8 % der Eltern von Patientinnen mit AN-R und 71,4 % der Eltern von Patientinnen mit BN psychiatrische Störungen auf Achse I nach DSM-IV (APA, 1994). Die Betrachtung der einzelnen Störungsbilder zeigt, dass insbesondere Substanzstörungen (37,5 % Eltern AN-R; 42,9 % Eltern BN), Affektive Störungen (31,3 % Eltern AN-R; 23,8 % Eltern BN) sowie Angststörungen (18,8 % Eltern AN-R; 14,3 % Eltern BN) dominieren. Die beiden Elternguppen wiesen keine Unterschiede hinsichtlich der Anzahl psychiatrischer Störungen auf. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen von Wagner et al. (2008), die eine Erhöhung depressiver Erkrankungen bei Verwandten essgestörter Patientinnen im Vergleich zu Angehörigen einer gesunden Kontrollgruppe postulieren, jedoch keine Unterschiede der Erkrankungsrate zwischen Verwandten von Patientinnen mit AN und BN feststellen konnten. Widersprüchliche Befunde wurden dagegen von Fairburn et al. (1999) und Lilenfeld et al. (1997) berichtet. Sie konnten zeigen, dass insbesondere Substanzstörungen bei Eltern von Patientinnen mit BN häufiger vorkommen als bei Eltern von Patientinnen mit AN bzw. Eltern einer gesunden Kontrollgruppe. Lilenfeld et al. (1998), Keck et al. (1990) und Kassett et al. (1989) konnten zudem darlegen, dass Angehörige von Patienten mit BN häufiger Depressionen aufweisen. Eine mögliche Ursache für die Divergenz der Befunde könnte in der kleineren Fallzahl unserer Stichproben sowie im unterschiedlichen methodischen Vorgehen, also in der Auswahl der Diagnoseinstrumente, begründet sein.

Bei 56,3 % der Väter wurde eine psychiatrische Störung erfasst. Bei detaillierter Betrachtung erwies sich die Substanzstörung als dominierend. Die psychiatrische Belastung der Mütter zeigte sich höher als jene der Väter: 83,8 % der Mütter wiesen eine psychiatrische Störung auf. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Väter und Mütter hinsichtlich psychiatrischer Störungen signifikant unterscheiden. Mütter beider Patientengruppen wiesen eine höhere psychiatrische Belastung und insbesondere häufiger Affektive Störungen auf, wobei die häufigsten vergebenen Diagnosen in den Bereich der depressiven Episoden fielen. Die Befunde von Winokur et al. (1980) sprechen dafür, dass insbesondere Mütter von Patientinnen mit AN häufiger depressive Störungen aufweisen. Hierbei könnten akute und belastende Faktoren, wie beispielsweise die Erkrankung der Tochter, eine Rolle spielen, da sie bei gegebener Vulnerabilität das Auftreten depressiver Störungen begünstigen können (Laßnig u. Hofmann, 2007). Eine weitere Erklärung könnte in der Belastung des sozialen Lebens, des Familienlebens sowie der Partnerschaft unter diesen Bedingungen liegen. Hieraus können sich Lebenskrisen sowie sozialer Rückzug und damit verbundene Einsamkeit entwickeln, welche wiederum die Depressionsgefahr erhöhen. Im Einklang mit unseren Befunden zum erhöhten Auftreten depressiver Störungen bei Müttern im Vergleich zu Vätern steht die Einschätzung von Laßnig und Hofmann (2007), dass der Frauenanteil bei depressiven Störungen mehr als doppelt so hoch ist wie der der Männer.

Bezüglich des Auftretens von PS auf Achse II nach DSM-IV (APA, 1994) erfüllten 16,3 % der Eltern von Patientinnen mit AN-R und 9,5 % der Eltern von Patientinnen mit BN die Kriterien einer PS. Es ergaben sich keine Unterschiede in der Häufigkeit zwischen den beiden Elterngruppen. Diese Ergebnisse widersprechen den Vermutungen einiger Autoren. So postulieren Jacobi et al. (2004), dass insbesondere die Familienmitglieder von Patienten mit BN erhöhte Raten von Cluster B-Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Auch eine Studie von Kassett et al. (1989) spricht für diese Annahme. Allerdings muss kritisch angemerkt werden, dass keine der beiden Untersuchungen sich explizit mit dem Vergleich der Angehörigen von Patienten mit AN und BN hinsichtlich des Auftretens von PS beschäftigt. So legen Jacobi et al. (2004) keine Referenzstudien für ihre Annahmen dar und Kassett et al. (1989) leiten ihre Ergebnisse lediglich aus dem Vergleich zwischen Angehörigen von Patienten mit BN und Angehörigen einer gesunden Kontrollgruppe ab. Ferner konnten Lilienfeld et al. (1998) in ihrer Untersuchung zeigen, dass das Auftreten von zwanghaften PS bei Angehörigen von Patienten mit AN im Vergleich zu Angehörigen von Patienten mit BN und einer gesunden Kontrollgruppe deutlich erhöht war. Möglicherweise werden die widersprüchlichen Befunde durch die kleine Stichprobengröße unserer Untersuchung bedingt. Die Häufigkeiten des Auftretens einzelner Persönlichkeitsstörungen unterschied sich nicht signifikant zwischen der Väter- und Muttergruppe. Vergleiche mit anderen Studien sind leider nicht möglich, da in der aktuellen Literatur ein Mangel an Untersuchungen von einzelnen Familienmitgliedern (Müttern und Vätern) sowie Unzulänglichkeiten in der Erforschung von Persönlichkeitsstörungen bei Familienmitgliedern essgestörter Patienten vorliegen.

Ein Mangel an Studien besteht ebenfalls für den Vergleich von selbsteingeschätzten Persönlichkeitsdimensionen bei Angehörigen essgestörter Patienten. Nach unserem Kenntnisstand existieren derzeit keine Studien, die sich dem Vergleich von Persönlichkeitsdimensionen bei Eltern essgestörter Jugendlicher widmen. In unserer Studie ergaben sich bei den Eltern von Patientinnen mit BN höhere Gruppenmittelwerte auf den Skalen „eigenwillig-paranoid“ und „ahnungsvoll-schizotypisch“ als bei den Eltern von Patientinnen mit AN. Dies deutet auf stärker wahrgenommene Gefühle von Misstrauen, Benachteiligung aber auch auf exzentrische Selbstdarstellung und Ängstlichkeit in sozialen Situationen bei Eltern von Patientinnen mit BN hin.

Die vorliegende Studie unterliegt einigen Limitationen, die unter Umständen die Divergenz zwischen den Befunden dieser Studie und den berichteten Studien begründen. Eine Einschränkung betrifft die geringe Stichprobengröße und das Fehlen einer Kontrollgruppe von Eltern gesunder Jugendlicher. Es kann vermutet werden, dass sich bei Einbeziehung einer gesunden Referenzelterngruppe Unterschiede zwischen den elterlichen Gruppen zeigen würden. Diese Annahme lässt sich aus den Ergebnissen einiger Familienstudien ableiten, bei denen sich in Bezug auf verschiedene Störungsbilder (Lilienfeld et al., 1998; Strober et al., 2000) lediglich bei einem Vergleich von Familienmitgliedern essgestörter Patienten mit Angehörigen einer gesunden Kontrollgruppe aussagekräftige Unterschiede ableiten ließen. In diesen Studien wiesen Angehörige von Patienten mit Essstörungen häufiger psychiatrische Störung auf als An-

- rich, K. Limbacher (Hrsg.), Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie (S. 91-113). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.-U. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Herpertz-Dahlmann, B. (1988). Familiäre Belastungen mit affektiven Erkrankungen von Patienten mit Anorexia Nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 16, 14-19.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Essstörungen. In Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie* (S. 668-693). Stuttgart: Schattauer.
- Jacobi, C., Paul, T., Thiel, A. (2004). Essstörungen. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie Band 24. Göttingen: Hogrefe.
- Kassett, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., Guroff, J. J., Kazuba, D. M., Smith, A. L. et al. (1989). Psychiatric Disorders in the First-Degree Relatives of Probands With Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 1468-1471.
- Keck, P. E., Pope, H. G., Hudson, J. I., McElroy, S. L., Yurgelun-Todd, D., Hundert, E. M. (1990). A Controlled Study of Phenomenology and Family History in Outpatients With Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 275-283.
- Kuhl, J., Kazén, M. (1997). Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar. Göttingen: Hogrefe.
- Laßnig, R.-M., Hofmann, P. (2007). Depression und Angst als Lebenskrise. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 157, 435-444.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-610.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C. et al. (1997). Psychiatric Disorders in Women with Bulimia Nervosa and Their First-Degree Relatives: Effects of Comorbid Substance Dependence. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 253-264.
- Logue, C. M., Crowe, R. R., Bean, J. A. (1989). A Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 179-188.
- Maxwell, M. E. (1992). Manual for the family interview for genetic studies (FIGS). In Clinical neurogenetics branch, intramural research program. Bethesda MD: NIMH.
- Renneberg, B., Chanbless, D. L., Dowdall, D. J., Fauerbach, J. A., Gracely, E. J. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II and the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A current validity study of personality disorders among agoraphobic outpatients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 451-469.
- Rivinus, T. M., Biederman, J., Herzog, D. B., Kemper, K., Haper, G. P., Harmatz, J. S. et al. (1984). Anorexia Nervosa and Affective Disorders: A Controlled Family History Study. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 1414-1418.
- Strober, M. (1987). *The Eating Disorders Family History Interview*. Los Angeles: University of California.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Kaye, W. (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmulker, G., Todd, G., Gavan, K., Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.

- Wagner, A., Wöckel, L., Bölte, S., Radeloff, D., Lehmkuhl, G., Schmidt, M. H. et al. (2008). Psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten von Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 177-184.
- Winokur, A., March, V., Mendeles, J. (1980). Primary Affective Disorders in Relatives of Patients with Anorexia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 137, 695-698.
- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.
- Wittchen, H.-U., Burke, J. D., Semler, G., Pfister, H., von Cranach, M., Zaudig, M. (1989). Recall and dating of psychiatric symptoms, test-retest reliability of time-related symptom questions in a standardized psychiatric interview. *Archives of General Psychiatry*, 46, 437-443.
- Wittchen, H.-U., Pfister, H. (1997). Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen DIA-X. Frankfurt: Swets Test Services.
- World Health Organization (1990). Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI-interview (version 1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI-training manual, d) CIDI-computer. Geneva: World Health Organization.

Korrespondenzanschrift: Dipl.-Psych. Lea Woldt, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin; E-Mail: lea.woldt@charite.de

Lea Woldt, Nora Schneider, Ernst Pfeiffer, Ulrike Lehmkuhl und Harriet Salbach-Andrae, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin.